

Diez años
del 'modelo
Alzira'

9

El software:
un quebradero
de cabeza

18

Una fórmula sencilla
y eficaz para
contratar personal

31

Haga su consulta
más segura para usted
y sus pacientes

34

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 106

27 de febrero de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El médico ante la ley

Pág. 44



ADEMÁS _____



Club
Médico
Informativo

(Ver págs. centrales)

S.P.A.

WARREN PUBLISHER ASSOCIATES S.L.

TODO ESTE PODER, AHORA CONTRA EL CÁNCER

- Yondelis®, primer medicamento comercializado por PharmaMar.
- Cuatro nuevos compuestos de origen marino en desarrollo clínico.
- Una colección de más de 65.000 muestras de organismos marinos.

44 MESA REDONDA

El médico ante la ley



La responsabilidad profesional del médico es el tema genérico que cuatro expertos de reconocido prestigio (dos magistrados, un fiscal y un abogado penalista) abordan, cada uno desde su especialidad, y que constituyeron otras tantas ponencias en el último Congreso de Derecho Sanitario celebrado en Madrid.

SELECCIÓN DE PERSONAL

31 Una fórmula sencilla y eficaz para contratar personal

Sepa cómo contratar a los mejores profesionales para su consulta, siguiendo unos sencillos pasos. Puesto que la contratación de empleados es costoso y lleva mucho tiempo, es importante hacerlo bien para no tener que realizar esta tarea con demasiada frecuencia.

PRÁCTICA PROFESIONAL

34 Haga su consulta más segura

Al efectuar una evaluación de prevención de riesgos, usted puede identificar peligros potenciales, hacer su consulta más segura e incrementar la satisfacción de sus pacientes. Una buena evaluación de su consulta puede impedir que sea demandado ahora y en el futuro.



36



40

(Ver ficha técnica en pág. 26)

Oleada de **POTENCIA**

NUEVO

DAFIRO es el nuevo producto para la hipertensión arterial que **reduce la PA.**^{1,2,3} **DAFIRO** ha demostrado **reducciones de hasta 43 mmHg PAS.**^{1,2,3} En Esteve seguimos buscando soluciones para la HTA.



DAFIRO

amlodipino / valsartan

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

Manuel Jurado
Tel.: 91 500 20 77
suscripciones@drugfarma.com

Tarifa ordinaria anual 113 €
Tarifa instituciones anual 140 €
Ejemplar suelto 6 €
Ejemplar atrasado 9 €
Precios válidos para España, IVA incluido


Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif. Vértice
28041. Madrid.
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075
E-mail: spa@drugfarma.com
Numancia, 91-93. 08029. Barcelona
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345
ISSN: 1696-61-63
D.L.: M-35829-2003
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

ACTUALIDAD

9 Mi punto de vista

14 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

16 Economía de la Salud
Tipos de análisis de evaluación económica

18 Gestión Profesional
El *software*: un quebradero de cabeza

20 Gestión de Calidad.
Medio Ambiente
Un derecho especializado

22 Impuestos

24 Normativa

Y ADEMÁS...

6 Lo mejor de lo publicado

10 Atención al Paciente

12 De Cerca

54 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Siente temor de ser demandado por sus pacientes?

Participe a través de nuestra web:
www.medecoes.com

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de www.medecoes.com en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

CURSOS ON LINE

- Principios de la Cura en Ambiente Húmedo
- Antiseptia y Desbridamiento

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con: www.medecoes.com

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: www.medecoes.com



Las secciones Golf y Las tres de últimas se han elaborado con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

MEDICAL ECONOMICS Edición Española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA) Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Medical Economics.

© Copyright 2009 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2009 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal
Consejero Delegado del Grupo HM
Hospitales

Margarita Alfonso Jaén
Secretaría General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther
Jefe de Servicio de Neumología
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Juan Ramón Arias Irigoyen
Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano
Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero
Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz
Farmacéutico Abogado y Presidente
de la Asociación Española de Derecho
Farmacéutico

Honorio Bando Casado
Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano
Catedrático de Oftalmología.
Facultad de Medicina. Universidad
de Salamanca

Antonio Bartolomé Sánchez
Presidente
Federación Española de Clínicas Privadas

Carlos Belmonte Martínez
Director
Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada
Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

José María Campistol Planas
Jefe de Nefrología y Trasplante Renal
Hospital Clínico de Barcelona

Fidel Campoy Domenech
Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López
Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Enrique Catalán López
Consejero Ejecutivo de Xanit

Ana Céspedes Montoya
Directora de Comunicación y Asuntos
Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García
Presidente de Idepro

José Cortina Orriós
Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina
Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane
Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García
Presidente
Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta
Presidente de la Fundación Medicina
y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez
Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

José Fernández-Vigo López
Director Médico
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Carles Fontcuberta Sarrau
Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

Francisco Vicente Fornés Úbeda
Presidente de la Sociedad Española de
Medicina y Seguridad en el Trabajo

Abelardo García de Lorenzo y Mateos
Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

José Ángel García Rodríguez
Presidente
Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia
Director Médico
Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes
Director de la Fundación Lilly

Leandro Herrero
Presidente
The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont
Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Héctor Jausás Farré
Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández
Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera
Consejero Técnico
Dirección General de Farmacia

Diego López Murillo
Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero
Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuín
Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés
Coordinador de Relaciones Institucionales
Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández
Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos
Coordinador Nacional de Trasplantes

Teresa Millán Rusillo
Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban
Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional de
Especialidades en Ciencias de la Salud

Vicente Moya Pueyo
Catedrático Emérito
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria UCM

Regina Múzquiz Vicente-Arche
Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano
Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal
Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano
Director del Instituto Palacios de Salud
y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol
Director General
de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira
Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado
Jefe de Servicio de Geriatria
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González
Director de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos
Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa
Directora de Asuntos Regulatorios
y Científicos de Allergan

Julián Ruiz Ferrán
Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro
Dirección de Desarrollo Profesional
y Estratégico Orden Hospitalaria San Juan
de Dios.

Eugeni Sedano i Monasterio
Director de Relaciones Institucionales
Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana
Catedrático Emérito de Patología Médica
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma
de Madrid

Guillermo Sierra Arredondo
Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache
Director
Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco
Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo
Presidente de Renta 4 Sociedad
de Valores

Luis Verde Remeseiro
Presidente de la Sociedad Española
de Directivos de Atención Primaria

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García
Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho
Ambiental

Jose María Martínez García
Presidente del Instituto
para la Gestión de la Sanidad

Charo Vaquero Ruipérez
Secretaría de la Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla
Profesor de Derecho Sanitario
Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero
Bufete De Lorenzo Abogados
Presidente de la Asociación
Española de Derecho Sanitario

Ofelia de Lorenzo Aparici
Directora Área Jurídico
Contencioso
Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara
Directora de Análisis y Estrategia
Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany
Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras
Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-Medi Tecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo
Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García
Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

María Dolores Navarro
Subdirectora Fundación Biblioteca
Josep Laporte. UAB

PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



ALICANTE
12 de Marzo de 2009
Hotel Meliá Alicante

BADAJOS
26 de Marzo de 2009
Hotel NH Gran Casino de Extremadura

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


E S P A Ñ A
Educación Médica Continuada

Lo mejor de lo publicado

Un resumen de los últimos artículos más relevantes de la bibliografía internacional.



Sección elaborada conjuntamente con la revista electrónica C@p de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria a través de la que puede acceder al texto completo (<http://www.cap-semfyc.com>).

TECNOLOGÍA

Los hospitales sin papeles, mejores para los pacientes

Arch Intern Med. 2009;169(2):105-107.

[Enero, 2009]

Científicos de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos) han creado una herramienta llamada CITAT destinada a evaluar el grado de informatización de los procesos en un hospital, el nivel de uso de estas herramientas y los conocimientos de los médicos acerca de las mismas. Remitieron este cuestionario a una selección aleatoria de doctores pertenecientes a 72 hospitales del estado de Texas. Los resultados ponen en evidencia que una mayor automatización del sistema de información estaría asociada con disminuciones en la mortalidad, las complicaciones y el gasto. Por ejemplo, la digitalización de las historias clínicas reducía un 15 por ciento el riesgo de morir durante un ingreso y un mayor uso de los sistemas de ayuda para la toma de decisiones —que guían al médico a la hora de elegir una opción terapéutica— hacía descender un 21 por ciento la posibilidad de que un paciente sufriera complicaciones.



■ La dieta mediterránea puede ayudar a controlar el síndrome metabólico

Arch Intern sed. 2008;168:2449-2458.

[Diciembre, 2008]

Un estudio español encontró que a los pacientes con riesgo de síndrome metabólico podría convenirles una dieta mediterránea tradicional enriquecida con nueces. Los participantes tratados con dieta mediterránea más aceite de oliva vieron reducida la prevalencia de los criterios del síndrome metabólico en un 6,7% al cabo de un año, mientras que los tratados con dicha dieta además de nueces la redujeron un 13,7%, frente a un 2% en el grupo de control.

■ Las enfermedades pulmonares pueden aumentar el riesgo de osteoporosis

Chest. 2008;134:1244-1249. [Diciembre, 2008]

Investigadores japoneses han hallado que la neumopatía obstructiva crónica podría aumentar el riesgo de presentar osteoporosis. La proporción de zonas de baja atenuación se correlacionó con la menor densidad mineral ósea de los pacientes ($r = -0,522$), asociación que resultó ser significativa. La proporción de zonas de baja atenuación de cada paciente, y no la edad, el tabaquismo u otras variables, predijo la densidad mineral ósea en los varones.

■ Los factores psicosociales afectan al cribado del cáncer de próstata

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2008;17:3.588-3592.

[Diciembre, 2008]

En los varones de mediana o avanzada edad, las decisiones sobre si hacerse o no las pruebas del cáncer de próstata pueden verse muy influenciadas por factores tales como los antecedentes familiares, el estado civil y la preocupación de llegar a tener la enfermedad, según investigadores de la Universidad de Michigan en Ann Arbor. Los investigadores hallaron que los varones con antece-

■ Beber mucho aumenta el riesgo de fibrilación auricular en la mujer

JAMA. 2008;300:2489-2496. [Diciembre, 2008]

Las mujeres de mediana edad que consumen dos o más bebidas alcohólicas al día tienen un riesgo ligeramente mayor de fibrilación auricular, estadísticamente significativo, que las mujeres que no beben, según investigadores de la Facultad de Medicina de Harvard, en Boston. Entre las 15.370 mujeres que refirieron no consumir alcohol, la incidencia de fibrilación auricular ajustada según la edad fue de 1,59 por 1.000 años/persona de seguimiento, frente a unas incidencias de 1,55, 1,21 y 2,25 por 1000 años/persona de seguimiento entre las mujeres que tomaban menos de una bebida (15.758 mujeres), de una a menos de dos (2.228 mujeres) o dos o más bebidas (1.359 mujeres) al día, respectivamente.

dentes familiares de cáncer de próstata o preocupados por tener la enfermedad tenían significativamente más probabilidades de acudir a hacerse las pruebas que los demás varones. Los varones con antecedentes familiares de cáncer de próstata que estaban casados o vivían con alguien tenían aun más probabilidades de acudir a hacerse las pruebas.

■ Fumar está relacionado con un mayor riesgo de cáncer colorrectal

JAMA. 2008;300:2765-2778. [Diciembre, 2008]

Existe una fuerte asociación entre el consumo de cigarrillos y la incidencia del cáncer colorrectal, además de la mortalidad específica de esta enfermedad, según investigadores del Instituto de Oncología Europeo de Milán (Italia). Los fumadores presentaron un riesgo de cáncer colorrectal mayor que el de quienes nunca habían fumado. También se hallaron pruebas de una relación dependiente de la dosis conforme al número de cigarrillos fumados al día y el número de años de tabaquismo, pero tan sólo de manera significativa a partir de los 30 años de tabaquismo. La mortalidad fue mayor entre los fumadores que entre quienes nunca habían fumado.

■ La actividad física puede disminuir el riesgo de hepatopatías

Hepatology. 2008;48:1791-1798. [Diciembre, 2008]

Investigadores israelitas han hallado que la actividad física ejerce una función protectora independiente frente al desarrollo de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA). En comparación con los participantes que tenían hígados normales, los diagnosticados de EHNA realizaban menos ejercicio físico. Al examinar el tipo de ejercicio físico, las personas con EHNA también realizaban menos ejercicios físicos aeróbicos y de resistencia.

■ La psoriasis asociada a un mayor riesgo de hiperleptinemia

Arch Dermatol. 2008;144:1571-1575. [Diciembre, 2008]

Investigadores de Taiwán han descubierto que la psoriasis está vinculada a la hiperleptinemia, que a su vez se asocia a un mayor riesgo de presentar síndrome metabólico. Estos investigadores determinaron que la psoriasis es un factor de riesgo independiente de presentar hiperleptinemia. El sexo femenino y el síndrome metabólico resultaron ser también factores de riesgo. La gra-

vedad de la psoriasis y los distintos fenotipos clínicos de la enfermedad no parecían tener efecto sobre los niveles de leptina de los pacientes.

■ La rehabilitación domiciliaria funciona en la neumopatía obstructiva

Ann Intern Med. 2008;149:869-878. [Diciembre, 2008]

Un estudio canadiense halló que los pacientes con neumopatía obstructiva crónica que se someten a rehabilitación domiciliaria obtienen los mismos beneficios que si acudieran a un centro ambulatorio. Las mejorías, medidas con la subescala de disnea del Cuestionario Respiratorio Crónico, fueron parecidas en los pacientes rehabilitados en casa y en los que acudieron al hospital en régimen ambulatorio.

■ La homocisteína y el folato están relacionados con el riesgo de cáncer laríngeo

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;134:1328-1333. [Diciembre, 2008]

Las variaciones metabólicas de los niveles de homocisteína, folato y vitamina B12 podrían influir en el cáncer laríngeo, según investigadores de la Universidad de Pisa en Italia. Los pacientes del grupo con cáncer laríngeo presentaban niveles totales de homocisteína significativamente mayores que los del grupo de control. Por el contrario, el nivel medio de folato de los pacientes del grupo con cáncer de laringe era casi la mitad, siendo esta diferencia también significativa. Así mismo, se observó que los niveles medios de vitamina B12 eran más bajos en el grupo con cáncer de laringe que en el de control.

■ La cirugía ofrece mayor esperanza de vida a algunos epilépticos

JAMA. 2008;300:2497-2505. [Diciembre, 2008]

La resección del lóbulo temporal anterior puede dar a los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal farmacorresistente una mayor esperanza de vida y una mejor calidad de vida, siempre que cumplan los criterios de esta cirugía, según informan investigadores de la Universidad de Columbia en la ciudad de Nueva York. La cirugía fue la opción preferida en el 96,5 por ciento de los casos simulados. Con frecuencia se vio favorecida por el mayor número de años sin crisis comiciales incapacitantes.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



gripe
cáncer de cuello de útero por
virus del papiloma humano
gastroenteritis pediátrica por
rotavirus
varicela



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

Mi punto de vista

Diez años del 'modelo Alzira'

Celebramos estos días un cumpleaños especial para la sanidad española en general, y para la valencia en particular: hace diez años abrió sus puertas el Hospital de La Ribera, primer hospital público español de gestión privada.

España tiene un gran sistema público de salud que es un referente mundial. La prestación de un servicio universal, integral y gratuito, exige destinar un alto porcentaje de los presupuestos de las comunidades autónomas, y debería significar la aplicación de modernas estrategias de gestión. Pero las instituciones sanitarias carecen de la suficiente flexibilidad para introducir herramientas de innovación en la gestión porque operan en un entorno fuertemente burocratizado.

Con el objetivo de gestionar lo mejor posible el servicio público de salud, se creó a principios de la década de los 90 y por unanimidad de todos los partidos políticos, una comisión de expertos para el análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 15/1997 de 25 de abril, aprobada por los dos grandes partidos políticos de España abre la posibilidad de que los servicios sanitarios sean prestados por instituciones jurídicas distintas al propio estado. La Generalitat Valenciana desarrolla esta nueva Ley para poner en marcha el Hospital de La Ribera en la población de Alzira, gestionado bajo la modalidad de concesión administrativa, siendo la primera vez que se aplica en Europa a la gestión del servicio público de salud.

En mi opinión, el llamado "modelo Alzira" se puede considerar heredero de este proceso de reflexión, al presentarse como una alternativa para el cambio que refuerza el sistema público, garantizando nuestro modelo de bienestar. Introducir gestión privada en el sistema sanitario público permitirá a la Administración contar con capital adicional para acometer nuevas infraestructuras, mayor flexibilidad, innovación y ahorro de gas-

tos corrientes. El pago capitativo le permite conocer anticipadamente el coste de la concesión. Las inversiones son a cargo del concesionario, mientras que mantiene la propiedad y el control de la gestión. Para el ciudadano, supone mayor accesibilidad, menor tiempo de respuesta, mejores infraestructuras, más privacidad y confort. Este sistema responde mejor a sus requerimientos al ofrecerle una sanidad integral, sin escalones. Así lo demuestran las encuestas realizadas, que indican que más del 90 por ciento desconoce el modelo de gestión: al ciudadano le importa más cómo se gestiona que quién gestiona. Para los profesionales es una oportunidad de desarrollo, carrera profesional, docencia e investigación. Les ofrece una estabilidad laboral con un sistema retributivo innovador y se desarrolla con la autonomía de la gestión eficiente de los procesos asistenciales.

Ha sido un camino complicado y a veces tortuoso. Pero el modelo es hoy una realidad consolidada. Ya hay cuatro hospitales en marcha con este modelo (Alzira, Torrevieja y Denia en la Comunidad Valenciana y Valdemoro en Madrid). Y en los próximos meses se abrirán dos más (Manises y Elche en la Comunidad Valenciana). El modelo se ha extendido, es estudiado por universidades y organismos públicos y privados de todo el mundo, y disfruta de un gran potencial de desarrollo.

Creo que el éxito del modelo se basa en dos principios: compromiso con el ciudadano al que sirve, y compromiso con la Administración pública que es quien marca las directrices y quien debe elegir para asumir estas responsabilidades a compañías con una estrategia de gestión centrada en el largo plazo, con una clara voluntad de permanencia, una visión próxima al ciudadano y una cultura de consenso.

Con la perspectiva de diez años trabajando para la sanidad pública, nos sentimos orgullosos de la labor realizada y estamos atentos a lo que queda por hacer, que es mucho. ■



Alberto de Rosa*

» La Ley 15/1997 de 25 de abril, aprobada por los dos grandes partidos políticos de España abre la posibilidad de que los servicios sanitarios sean prestados por instituciones jurídicas distintas al propio estado.

» Para los profesionales este sistema es una oportunidad de desarrollo, carrera profesional, docencia e investigación. Les ofrece una estabilidad laboral con un sistema retributivo innovador.

*Director General del grupo Ribera Salud.

Asociación Española de Hemocromatosis

Miles de españoles padecen hemocromatosis

Miles de personas en España padecen algún tipo de hemocromatosis, término que describe la sobrecarga progresiva y potencialmente grave de hierro, que tiene como consecuencia el daño en órganos vitales.

Por Cristina García Blanco

» Los inicios de la Asociación se remontan al año 1997, cuando un grupo de facultativos del Hospital de l'Esperit Sant advirtieron la escasa información existente sobre este tipo de patología.

» A pesar de ser una enfermedad prácticamente desconocida, cuando no es tratada puede ocasionar serios problemas a los pacientes.

El término hemocromatosis describe a un grupo de patologías causadas por el exceso de hierro en el organismo. Este exceso de hierro puede deberse a enfermedades genéticas que afectan a la capacidad de absorción del hierro (hemocromatosis hereditaria, genética o primaria) o bien tratarse de pacientes que sufren de anemia crónica, en los que el exceso de hierro se debe al depósito paulatino del hierro procedente de transfusiones repetidas (hemocromatosis adquirida o secundaria). Las hemocromatosis hereditarias suelen afectar a varones de más de 50 años (aunque también existen casos que afectan a mujeres y a jóvenes). Las hemocromatosis adquiridas suelen afectar a jóvenes con anemias graves de origen genético y que requieren transfusión (talasemia mayor, drepanocitosis) o a personas mayores con anemias crónicas adquiridas (síndromes mielodisplásicos).

El hierro es un elemento indispensable para la vida. Es su capacidad para adquirir y ceder electrones lo que le da este papel primordial en la biología. No obstante, sus funciones deben ejecutarse bajo un estricto control. Cuando el hierro se presenta en exceso no es posible controlar sus funciones y se convierte en una sustancia peligrosa capaz de generar radicales libres. En cuanto a la incidencia en nuestro país, la hemocromatosis hereditaria afecta a 1 de cada 500-1.000 personas en España y la hemocromatosis secundaria la padecen aproximadamente 3 de cada 100.000 personas.

La Asociación Española de Hemocromatosis se funda en Barcelona en 1999 con el objetivo de impulsar la lucha contra la hemocromatosis. Los inicios de la Asociación se remontan al año 1997, cuando un grupo de facultativos del Hospital de l'Esperit Sant

advirtieron la escasa información existente sobre este tipo de patología. Comprobaron además, que este problema se daba en muchos países, y que ello había propiciado la aparición de asociaciones en Gran Bretaña, Francia, Canadá, Estados Unidos y otros países. Tras ponerse en contacto con algunas de estas asociaciones se tomó conciencia del interés de crear una asociación similar en España.

A pesar de ser una enfermedad prácticamente desconocida, cuando no es tratada puede ocasionar serios problemas a los pacientes. Las complicaciones más frecuentes de este cuadro clínico son cirrosis hepática, diabetes *mellitus*, artritis, miocardiopatía e hipogonadismo o disminución de las funciones sexuales.

Ya en fase muy inicial y cuando a veces todavía no son apreciables lesiones patológicas en ningún órgano, los pacientes con sobrecarga de hierro pueden experimentar intensa fatiga y somnolencia. En algunos pacientes, estos síntomas son predominantes durante todo el curso de su enfermedad, llegando en algunos casos a causar un importante trastorno de su vida laboral y familiar.

No obstante, pese a estas graves consecuencias y al número de personas afectadas por este problema, se trata de una enfermedad prácticamente desconocida, no sólo por la población en general, sino también por los propios pacientes, que encuentran muchas dificultades para obtener información sobre la misma. Por este motivo, con el objetivo de facilitar toda la información necesaria a pacientes y familiares, la Asociación Española de Hemocromatosis ha elaborado el primer manual para personas que padecen esta enfermedad, dirigido al público hispanohablante. ■

“La sociedad no conoce bien en qué consiste esta enfermedad”



Albert Altés

Presidente de la Asociación Española de Hemocromatosis, es además, jefe de Servicio de Hematología de la Fundación Althaia (Red Hospitalaria de Manresa).

SECCIÓN
PATROCINADA POR:



PREGUNTA: ¿Qué tipo de actividades realiza la Asociación?

RESPUESTA: La Asociación Española de Hemocromatosis intenta informar a los pacientes a los que se les diagnostica la enfermedad en un primer momento. También hacemos de puente, informando a las administraciones, tenemos una posición activa con ellas. El primer papel que desempeñamos, por tanto, es el de informar sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Además, tenemos una relación directa con los pacientes, a los que visitamos con frecuencia. Por ello, creo que funcionamos de forma distinta a otras asociaciones, porque todos nosotros somos médicos.

P. ¿Cuáles son los próximos proyectos y retos que tienen?

R. Tenemos dos grandes proyectos. El primero de ellos tiene que ver con el Banco de Sangre y Tejidos de Cataluña, la entidad que gestiona las transfusiones en Cataluña. Es fundamental hacer un diagnóstico genético de la enfermedad para que los enfermos puedan donar sangre. Hay que advertir, que en muchos bancos de sangre, no saben que este tipo de enfermos pueden donar, sin problemas. Pero para ello, es fundamental diagnosticarles la enfermedad para que sepan que padecen este aumento de hierro en su sangre. Por otro lado, tenemos varios proyectos relacionados, por supuesto con la investigación del metal, el hierro, pensando siempre en cómo mejorar la calidad de vida del paciente.

P. ¿Cree que la sociedad conoce y tiene información suficiente sobre esta enfermedad?

R. En mi opinión la sociedad, la gente en general, no conoce qué es esta enfermedad. Creo que el día que se conozca todo nuestro trabajo tendrá otro sentido o dejará de tenerlo como tal, pues nos dedicamos a informar.

Existimos desde hace unos diez años, y es cierto, que desde entonces se ha mejorado mucho en el conocimiento de la enfermedad. Cuando empezamos no conocíamos bien el terreno en el que nos movíamos, y los pacientes menos. Actualmente, me llegan muchos pacientes de médicos de Primaria con posibilidades (según ellos) de que padezcan esta patología. A mí me gusta pensar que ese mayor conocimiento que va existiendo es, en parte, gracias a nuestro trabajo diario.

P. ¿Cómo se ve afectada la calidad de vida del enfermo?

R. La calidad de vida de un enfermo de hemocromatosis depende del diagnóstico. Si la enfermedad es diagnosticada de una forma precoz, cuando aún no existe daño en los tejidos, el daño no tan grande. Por eso es vital un diagnóstico precoz para comenzar un tratamiento adecuado a cada paciente. Si el diagnóstico se ha realizado cuando ya hay daño en diversos órganos, como el hígado por ejemplo, lo que hay que hacer es buscar la mejor calidad de vida futura para el paciente.

P. ¿Cuál es la causa más común por la que se contrae la enfermedad?

R. La causa más común de la enfermedad es genética (hemocromatosis hereditaria, genética o primaria). Hoy podemos decir que 1 de cada 500-1.000 españoles padecen esta enfermedad, y otros muchos no lo saben.

P. ¿Considera que tienen suficiente apoyo de la Administración sanitaria?

R. No tenemos apoyo de la Administración, y tampoco lo hemos buscado. Realizamos el trabajo en la Asociación compaginándolo con nuestra labor de médicos, y como tales ayudamos a los pacientes. Lo que sí hacemos es aprovechar las oportunidades que nos brindan los agentes sanitarios o la industria farmacéutica. ■

Santiago Palacios Gil-Antuñano, director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

“Dejé dos sueldos públicos para crear el Instituto”

Estaba bien situado y sin necesidad de meterse en complicaciones. Pero en 1990, a los 35 años, Santiago Palacios, capricornio convencido y militante, lo abandonó todo: sueldo en la Fundación Jiménez Díaz y retribuciones como profesor universitario, para emprender un nuevo camino, el de la medicina privada, con la creación del Instituto Palacios, en el que trabajan unas 40 personas, de las que una docena son médicos y otras tantas, enfermeras. Rodeado de mujeres por los cuatro costados, no es feminista, y goza en verano con su velero y en invierno, corriendo la San Silvestre vallecana.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: Usted es capricornio. ¿Cree en el horóscopo?

RESPUESTA: Pues antes, no; ahora, poco a poco, sí, porque dicen que los capricornios somos muy tenaces, que conseguimos lo que queremos... Y, sí, soy tenaz y consigo lo que me propongo. También dicen que somos duros en ese aspecto, aunque yo duro, duro no me considero. Pero sí estricto. Sí, creo en el horóscopo. Soy un prototipo de capricornio.

P. Dicen que los capricornios son también ambiciosos, decididos y cuidadosos. ¿Le cuadra alguno de estos adjetivos?

R. Todos, todos, todos. Ambicioso era mucho más antes cuando era joven. Ahora, cuando muchos de los objetivos los has alcanzado, la edad te vuelve mucho más filósofo y mucho más cariñoso con el día a día. Creo que el cambio de la gente, cuando pasa la frontera de los 50 años, es importante. Ahora contemplo a los mayores como mucho más sabios. La ambición da paso al equilibrio, que suele conducir a más justicia.

P. Algún defecto también habrá...

R. Sí. Muchas veces vivo más en el mañana que en el hoy. Y eso es horrible. Una persona equilibrada es la que acep-

ta su pasado, vive en el presente y tiene ilusiones de futuro. Yo, claro, personalmente cumplo esas tres condiciones, pero muchas veces ese futuro para mí es importante, y debería ser más espontáneo en el presente en vez de ser tan rígido conmigo mismo. La rigidez no es buena, disfrutas mucho más siendo menos rígido. Una persona a cierta edad debería ser elegante en su comportamiento, tranquilo, sosegado.

P. En su familia ha habido médicos (tal vez los haya aún) de gran prestigio. Y parece que usted sigue ese camino de celebridad...

R. Bueno, mi abuelo, Juan Palacios Fau, fue médico internista, por aquel tiempo de la Diputación, y profesor; mi padre, Juan Manuel Palacios Mateos, endocrinólogo y también profesor. Y luego está mi hermana Nieves, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Centro de Medicina del Deporte. Lo de la celebridad, bueno, creo que todo lo mamas, lo vives. Yo veía a mi padre trabajar todos los domingos, se levantaba y disfrutaba en ello, y ese trabajo lo he sentido, lo he vivido, lo he heredado. Y, a la vez, tienes el inconveniente de que piensas que a lo mejor te van a comparar, de que no estés a la altura de tu padre. Los hijos de médicos

célebres siempre hemos tenido esa espinita, que desaparece al cabo de cinco años.

P. Cuando usted tenía 35 años, creó el Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer. Pocos médicos a esa edad harían tal cosa...

R. Eso fue un reto tremendo. Yo abandoné dos sueldos: uno, en la Fundación Jiménez Díaz, y otro en la Universidad. Y de repente, dejar todo y dedicarte a abrir un instituto privado, pero con mucha parte de investigación, fue una valentía. Ahora estoy feliz de haberlo hecho. La gente, la mayoría de mis colegas, no lo entendía, ya que los dos sueldos públicos te confieren una garantía, además de poder tener tu medicina privada por la tarde.

P. ¿A qué se debió esa valentía? ¿Cuáles eran los motivos para dejarlo todo y comenzar de nuevo?

R. Los dos motivos por los que fui valiente fueron: uno, que un hospital, junto a la gran ventaja de que estás muy protegido y te imbues de la ciencia de los compañeros continuamente, también tiene una gran desventaja, y es que sólo son ellos, porque las paredes de un hospital no te permiten ver lo

que hacen en otros hospitales, en otros sitios, en otras ciudades. Y no te permite ir a una velocidad más rápida. Y el otro, que a mí me gustaba la investigación y me proponían muchas investigaciones. Y las investigaciones en fase III en un centro hospitalario como la Fundación Jiménez Díaz, son difícilísimas de llevar cabo, porque si tienes que sacar sangre un domingo, la enfermera a lo mejor dice que no es misión suya hacer eso para una paciente tuya de investigación. Y con las investigaciones que tenía, me di cuenta de que si me independizaba me podrían ir mucho mejor las cosas. Y así ha sido. No están bien organizados los hospitales de prestigio de la Seguridad Social para la investigación. Y en un centro privado todo eso lo tienes resuelto en un par de horas.

P. Y dos años más tarde, en 1992, creó la Fundación Española Mujer y Salud...

R. Era la única manera legal de conceder becas a gente extranjera, sobre todo latinoamericanos, que me piden formarse en el Instituto. Durante un año están con nosotros dedicándose a la investigación en menopausia y osteoporosis, y se lo pagamos todo. Y ya hemos formado a más de 30.

P. Dicen que es usted un perfeccionista y exigente consigo mismo. ¿También lo es con su equipo de colaboradores?

R. Sí, lo que pasa es que me doy cuenta de que no todo el mundo somos iguales. Para exigir, primero hay que saber transmitir y luego, saber a quién le estás pidiendo una cosa y ayudarle para que la consiga. A veces la persona fracasa porque la eliges mal para un cometido determinado. Un parámetro importante en este campo es saber delegar y dar confianza. Y eso es lo que yo hago, pues "no puedes estar en misa y repicando", máxime yo que viajo mucho.

P. Cuando viaja al extranjero, lo hace acompañado por alguien o sólo del portátil...

R. El 90 por ciento de las veces viajo solo, porque la mayoría de mis viajes son relámpago, de dos o tres días. Y

siempre con el portátil, trabajo en el avión. La persona que viaja mucho o se organiza muy bien o sufre. Hay una serie de trucos a seguir sobre todo en los viajes a larga distancia. Uno, en el avión beber mucho agua y comer muy poco; dos, si es a otro continente, nada más bajar, correr en la cinta o andar cinco kilómetros para no tener el mareo del cambio de horario; tres, no cambiar la hora del reloj; y cuatro: seguir trabajando, no sentirse turista.

P. Eso de correr, mejor hacerlo en el Retiro o en la Casa de Campo...

R. El correr es una de mis aficiones favoritas. Me levanto a las siete de la mañana y la mayoría de los días me voy al Retiro (que lo tengo en frente) a correr cinco kilómetros. En mis viajes, procuro que el hotel tenga gimnasio o esté cerca de un parque. Y la otra afición, en verano, es navegar con mi velero de diez metros de eslora por aguas mediterráneas.

P. Y en invierno, creo que corre la San Silvestre vallecana...

R. Pues, sí. Y este año he quedado el 400 de los mayores de 50 años. Ese día es un reto correr, con 22.000 personas que éramos, y divertidísimo ver cómo lo hacen otros. Y después de los diez kilómetros, que los hago en una hora, ¡qué a gusto cenas!, crees que te lo has merecido, ya lo has sudado todo. Algunos jóvenes te miran como diciendo: "Mira el abuelete éste". Y en el último kilómetro, que es en Vallecas, cuesta arriba, el que se ríe soy yo, que sigo y ellos se quedan con la lengua fuera. Voy con mi mujer, que es la que me metió en esto, y siempre llegamos a la meta.

P. En la web del Instituto sólo aparecen mujeres en su equipo de colaboradores más próximos...

R. Todas son mujeres. Ja, ja, ja... De los doce médicos de la plantilla sólo dos hombres: un reumatólogo-traumatólogo y un médico de familia, y un farmacéutico. Ello es así por varios motivos, pero el fundamental de todos es porque la Ginecología tiene color femenino.



"Veía trabajar a mi padre todos los domingos y ese trabajo lo he heredado".

Ahora, por cada hombre que hace Ginecología hay cuatro mujeres, y la paciente prefiere, en la mayoría de los casos, que le atienda una mujer.

P. En la misma web aparece un link, junto a los de dos sociedades científicas, que dice: "Club de las mujeres periodistas". ¿Por qué esta última referencia?

R. (Risas). Porque dos de mis colaboradoras pertenecían a ese club, conocido también por el "Club de las 25", y porque cuando tienes un instituto para salud de la mujer hay que tener un *feedback*, no sólo de las pacientes, sino también de las personas intelectualmente válidas para que te hagan una crítica. Creo que la Medicina va a ir aceptando mucho más el comentario del público, en general. Y el periodismo es crítico y tiene una gran capacidad de poder transmitir lo que tú haces mal y poder pedirte que hagas cosas que hasta ahora no estás haciendo.

P. Antes de poner punto final a la entrevista, dígame: ¿Hubiera preferido que le hubiera entrevistado una mujer?

R. No, honestamente, no. Profesionalmente, me encuentro a gusto con ambos sexos. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

890.000

millones de euros es la capitalización de la Bolsa española.

43

por ciento representa el free float o capital flotante.

30

por ciento está en manos de entidades privadas residentes en España.

11

por ciento lo poseen los consejeros y ejecutivos de las empresas cotizadas.

6,3

por ciento lo controlan entidades privadas no residentes y fondos internacionales.

Fuente: Comisión Nacional del Mercado de Valores.

PROFESIÓN MÉDICA

Catedráticos y sociedades científicas quieren Medicina de Familia en la Facultad

Directores de las cátedras de Medicina de Familia y Atención Primaria de toda España y la Academia de Medicina de Familia han presentado su propuesta para que se imparta la asignatura Medicina de Familia en las facultades. Esta iniciativa surge con motivo de la reforma del Plan de Estudios que se está llevando a cabo en las facultades de Medicina para adaptarse al Plan de Bolonia, que debería estar implantado antes del año 2010.

El objetivo de esta propuesta es que la Medicina de Familia esté presente con identidad propia en los nuevos planes de estudios, es decir, que se convierta en una materia transversal a otras disciplinas y que se incluya en el ámbito de prácticas.



AGRESIONES MÉDICAS

El 40 por ciento de los médicos vascos reconoce haber sufrido agresiones

Casi el 40 por ciento de los cerca de 11.200 facultativos que ejercen en el País Vasco han sufrido algún tipo de agresión, verbal o física, a lo largo de su vida profesional, según una encuesta encargada por el Consejo de Médicos de Euskadi para conocer una realidad que, según denuncian, no se ve reflejada en los pocos casos que llegan a los tribunales. Las agresiones afectaron a un 14,8 por ciento de la profesión a lo largo del pasado año, según la encuesta realizada a un total de 1.062 médicos en las tres provincias. En un 13 por ciento de los casos, las agresiones van más allá de los insultos y las amenazas, y llegan a las manos. Los principales afectados son los que ejercen la Medicina General y los que atienden en urgencias.



ECONOMÍA

España, decimotercera en inversión por paciente

Los institutos nacionales de estadística de España y Portugal han publicado un estudio en el que se compara la dotación que los países de la Europa de los 27 dedican a la salud de cada ciudadano, así como la proporción de médicos colegiados por cada mil habitantes.

El estudio "La Península Ibérica en Cifras 2008", sitúa a Luxemburgo en el primer puesto de la clasificación con una dotación de 3.640,7 euros *per cápita*, seguido de Irlanda con 2.893, Holanda con 2.880 y Suecia con 2.692,3. España con 1.414,5 euros por ciudadano, está situada en una posición intermedia, ocupando el puesto decimotercero.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Nueve de cada diez usuarios de la Atención Primaria madrileña están satisfechos con la asistencia recibida

Nueve de cada diez usuarios de la Atención Primaria madrileña (el 88 por ciento) están satisfechos con la asistencia recibida en los centros de salud y el 94 por ciento afirma que el médico o pediatra es eficaz y resuelve bien sus problemas. Son datos obtenidos de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid del año 2008, realizada por la Dirección General de Atención al Paciente. Otros datos que se desprenden de la encuesta, son que el 48 por ciento cree que ha tenido que esperar poco desde la hora de la cita hasta entrar en la consulta y el 81 por ciento, que su centro de salud es cómodo y confortable, frente a un 89 por ciento que piensa que su centro está bien señalizado y está limpio.



HISTORIA DIGITAL Y RECETA ELECTRÓNICA

Dos años para que arranque en toda España la historia clínica electrónica

Las nuevas tecnologías tienen una implantación desigual en España. Hasta el momento Andalucía, Extremadura, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, País Vasco, Baleares, Navarra y Cataluña ya han puesto en marcha la historia clínica electrónica integrada en sus centros de salud. Pero dentro de dos años los médicos podrán consultar el historial clínico de cualquier ciudadano de manera digital, aunque el paciente viva y tenga toda su información en otra comunidad. El proyecto de historia clínica digital estará implantado en toda España en 2010, según ha declarado el director general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Pablo Rivero. El Gobierno pretende también impulsar la receta electrónica e implantarla en toda España. Para ello prepara un real decreto que unifique los sistemas que utilizan las distintas comunidades.



TECNOLOGÍA SANITARIA

Telefónica y USP Hospitales firman un acuerdo de colaboración global

Telefónica y USP Hospitales han firmado una alianza estratégica de colaboración para el desarrollo de proyectos tecnológicos relacionados con el mundo sanitario. El acuerdo va a permitir, según han informado ambas entidades, trabajar conjuntamente en proyectos de *e-health*, telemedicina y telerradiología. Con este acuerdo, que tiene una vigencia inicial de cuatro años, ambas compañías van a trabajar de la mano en la creación de soluciones de atención médica innovadoras que obtengan el máximo rendimiento de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, tanto de voz como de datos.



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

¿Siente temor de ser demandado por sus pacientes?



La mayoría de nuestros lectores (un 35 por ciento) no temen ser demandados más que cualquier otro profesional, mientras que un 21 por ciento teme serlo pues hay demandas injustas. Un 28 por ciento creen que es muy frecuente, mientras que un 26 por ciento aseguran que si se está formado y al día, no hay que sentir temor a ser demandado.

Las encuestas vía Internet de Medical facilitan datos que reflejan la participación de los lectores y, por tanto, no tienen validez estadística.

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (IV)

Tipos de análisis de evaluación económica



Álvaro Hidalgo*

En este artículo comenzaremos a describir los diferentes tipos de análisis de evaluación económica existentes. Sin embargo, antes de comenzar a describir cada uno de ellos vamos a ver qué elementos hacen falta para que podamos hablar de verdaderos análisis de evaluación económica. Los dos elementos esenciales para poder afirmar que estamos ante un verdadero trabajo de evaluación económica son que se comparen dos alternativas y que se haga un estudio de los efectos sobre la salud y sobre los recursos.

Por tanto, un estudio de evaluación económica de tecnologías sanitarias tiene como mínimo que enfrentar dos cursos de acción alternativos, que no tienen por qué coincidir con dos tratamientos o dos tecnologías, ya que una de las opciones puede ser la de no llevar a cabo el tratamiento o la intervención. Podemos estudiar si introducimos un nuevo fármaco para tratar la EPOC y lo comparamos con la práctica clínica habitual o bien evaluar una intervención quirúrgica frente a la opción de no llevarla a cabo, pero en ambos casos debemos de cuantificar los efectos que tiene sobre la salud del paciente y sobre los recursos las dos alternativas evaluadas.

Por tanto, una vez delimitadas las alternativas a evaluar y medidos los costes y los efectos sobre la salud es necesario elegir el tipo de evaluación económica que se va a realizar. Ahora bien, es precisamente la forma en la que se miden los efectos sobre la salud lo que va a determinar el tipo de análisis que se empleará en la práctica. Las posibilidades son: análisis de minimización de costes (AMC), análisis coste-efectividad (ACE), análisis coste-utilidad y análisis coste beneficio (ACB).

Estos cuatro tipos de análisis comparten por tanto el tipo de medición sobre los recursos. Los costes siempre se miden en unidades monetarias y se podrán recoger costes directos, costes indirectos y costes intangibles tal como hemos señalado ya anteriormente. Las diferencias entre los distintos tipos de estu-

dios de evaluación económica radican pues en cómo medimos los efectos sobre la salud.

Diferencias de medida

Para comprender mejor las consecuencias que tiene la medición de los efectos sobre la salud en el tipo de análisis de evaluación económica tenemos que diferenciar entre si las alternativas tienen la misma efectividad o no. Si estamos comparando tratamientos o alternativas que tienen la misma efectividad, entonces estaremos ante un estudio de minimización de costes. Hay que recalcar que en este caso, las diferencias sólo pueden deberse a una diferencia en el empleo de recursos, sin embargo, esto no significa que no se midiesen los efectos sobre la salud, sino que en este caso los efectos son idénticos, tal como debe demostrar la evidencia clínica. Cuando los efectos sobre la salud son diferentes podremos medir los resultados en unidades naturales o medidas clínicas, en medidas de utilidad o en unidades monetarias. En el primer caso, estamos realizando un análisis coste-efectividad, en el segundo caso llevaríamos a cabo un análisis coste-utilidad y en el tercero un análisis coste-beneficio. Estas diferencias de medida implican igualmente consideraciones y limitaciones diferentes. Resulta evidente que los AMC son los más restrictivos de los cuatro tipos, porque sólo sirven para evaluar tecnologías que tienen la misma efectividad. Por ejemplo, si queremos evaluar dos medicamentos que son bioequivalentes, el único factor diferenciador serían los costes.

El segundo tipo de estudios, los ACE permiten evaluar tecnologías con diferente efectividad, sin embargo, al tener que medir ambas tecnologías en la misma unidad clínica sólo pueden emplearse en el caso de evaluar tecnologías sustitutorias, es decir, que se aplican para la misma enfermedad. De hecho, los ACE son el tipo de estudios de evaluación económica más extendidos, ya que son los más empleados para comparar fármacos. En los estudios de ACU hemos superado esa res-

» Una vez delimitadas las alternativas a evaluar y medidos los costes y los efectos sobre la salud es necesario elegir el tipo de evaluación económica que se va a realizar.

» Los análisis de coste-efectividad son el tipo de estudios de evaluación económica más extendidos porque son los más empleados para comparar fármacos.

tricción, ya que al medir los resultados en términos de QALY podemos comparar tratamientos diferentes y que no tienen nada que ver. Así podemos comparar una angioplastia *versus* un fármaco para la hipertensión o una fundamental con una apendicitis. Para ello los resultados en salud deben estar expresados en medidas de utilidad. Este fue el caso del plan Oregon que en 1989 puso en marcha un sistema de asignación de recursos sanitarios en función de los QALY de cada uno de los tratamientos, tal como veremos en una próxima columna.

Una limitación que tienen los ACE y los ACU es que en muchos casos sus resultados señalan tratamientos más efectivos pero igualmente más costosos. En estos casos, no existe un criterio explícito dentro de este tipo de análisis, ya que no está contemplado el valor que la sociedad o el decisor da a un QALY adicional o a una determinada mejora clínica. Por ello, el análisis más completo y a la vez el más complejo es el ACB, donde los resultados sobre la salud se expresan igualmente en términos monetarios, con los que las restricciones de los dos tipos de estudios anteriores desaparecen. Sin embargo, los problemas metodológicos y éticos de los ACB son mayores, motivo por el que su aplicación es muy limitada en el campo sanitario y normalmente se suelen emplear en el campo de la salud pública o para evaluar medidas preventivas.

La utilización de los diferentes análisis de evaluación económica está condicionado, por tanto, por el tipo de medida y su aplicación en los diferentes estratos del sistema de salud es diferente. Así, a un nivel de microgestión se encontrarían los AMC y el ACE, mientras que a nivel de la mesogestión podríamos realizar un ACU y en la macrogestión se debería emplear el ACB.

Por último, vamos a terminar con un sencillo ejemplo de AMC. Para ello utilizamos el trabajo de Lawson, Drummond y Bishop, en el que se evalúan tres métodos para suministrar oxígeno como tratamiento a largo plazo en el domicilio del paciente con bronquitis crónica: balas de oxígeno, oxígeno líquido y el concentrador de oxígeno. Los estudios clínicos avalan que la efectividad de las tres alternativas es similar, motivo por el que sólo se ha de tener en cuenta el coste de cada una de ellas y elegir la más barata.

La elección de uno u otro método está en función del número de pacientes, ya que si es muy pequeño la mejor opción es el oxígeno líquido, mientras que si los pacientes atendidos superan los nueve es más económico el concentrador. Por tanto, el ejemplo ilustra como en un AMC lo fundamental es probar la igualdad en la efectividad de los tratamientos que estamos evaluando, para luego elegir el que genera unos costes inferiores en función del número de pacientes tratados. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias / autores, J. López Bastida [et al.].

<http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/132/MemoriaFinal.pdf>

"Costing new services: long term domiciliary oxygen therapy", Lawson, K.V. Drummond, M. y Bishop, JM. Lancet, (1981):1146-1149.

The Centre for Reviews and Dissemination CRD. Proporciona información sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitarias.

El sitio web ofrece acceso a las siguientes bases de datos: DARE, NHS EED y HTA.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

Economía de la salud. Hidalgo, A. Indalecio, C. y del Llano, J. Ediciones Pirámide. Madrid 2000.



Gestión Profesional

El 'software': un quebradero de cabeza



Jose María Martínez García*

» El sistema deberá permitir realizar y actualizar las historias clínicas de forma totalmente informatizada; emitir toda la documentación relacionada por medios informáticos.

» El sistema de facturación debe ser lo suficientemente ágil y automático para que la factura sea entregada al paciente en el mismo momento del pago.

Resulta extraordinariamente complejo decidirse hoy por un *software* concreto. Ello se debe a la gran cantidad de ofertas disponibles en el mercado y de necesidades a cubrir, además del enorme desconocimiento, en general, de los propios médicos propietarios sobre ellas.

El sistema debe aportar un "valor añadido" a todo el personal; todos deberán beneficiarse del sistema. No debe suponer un gran cambio conceptual en los procedimientos de trabajo. El sistema informático no debe marcar la forma habitual de dicho trabajo, la organización debe acostumbrarse a ella. Ello implica, en la mayor parte de los casos, que la instalación debe ser un único aplicativo. Desde el punto de vista técnico, deberemos exigir: que el sistema de datos que utilice sea lo suficientemente ágil y potente, que permita ciertas adaptaciones, como la personalización de papelería y textos de forma autónoma, sin intervención del equipo de programación.

Los módulos de los que se debe componer el aplicativo serán los siguientes.

Ficha de pacientes y ficha del personal de la clínica.

Asignación de horarios de citas al personal médico. Debemos exigir del sistema que sea totalmente abierto y que tengamos la posibilidad de asignar cualquier horario, incluso subdividido por conceptos de visitas.

Agenda. Se deberá probar, como primer paso, si permite la introducción simultánea de citas desde, al menos, dos pantallas distintas. Asimismo, deberá tener una composición agradable a la vista.

Control de presencia y situación de pacientes en tiempo real. Es vital para el control de los tiempos de espera. No obstante, es un módulo que exige bastante disciplina por parte del personal a la hora de situar a los pacientes en sus distintas ubicaciones.

Sistema de introducción de actos médicos. A ser posible, desde la propia consulta y

formando parte de la historia clínica y que, a su vez, sea útil para el sistema de facturación. Sería necesaria la introducción codificada de los actos médicos realizados por el facultativo al paciente.

Historia clínica. El sistema deberá permitir realizar y actualizar las historias clínicas de forma totalmente informatizada; emitir toda la documentación relacionada por medios informáticos; si es necesario, presentar esquemas y dibujos sobre los que se puedan realizar anotaciones; y la realización de estadísticas.

Sistema de presupuestos. Debe tener la posibilidad de emitir la totalidad de los documentos relacionados con la realización del presupuesto.

Es imprescindible que éstos puedan ser modificados por el personal responsable de la aplicación, sin intervención del equipo programador.

Sistema de facturación. Debe ser lo suficientemente ágil y automático para que la factura sea entregada al paciente en el mismo momento del pago. Asimismo, debe permitir la entrega de albaranes sin valorar.

Almacén. Sólo es aconsejable la puesta en marcha en aquellos centros que puedan destinar un profesional a su control, o bien en aquellos que tengan procedimientos funcionales muy estrictos y perfectamente ejecutables.

Sistema contable. Si bien no es imprescindible que esté integrado con el resto del aplicativo, sí es necesario que permita incorporar los datos que el resto de la aplicación pueda emitir.

En el caso de tener profesionales, médicos o no, que trabajan a comisión, habría que disponer de un módulo específico de control. Igualmente, en el caso de trabajar con mutuas y aseguradoras, o haber realizado convenios específicos con otros colectivos deberíamos disponer de un módulo de control específico al respecto. ■

*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Un derecho especializado



Elisa Herrera Fernández*

» La evolución del derecho ambiental, su complejidad dado el sistema de pluralidad de fuentes que lo generan, hacen del mismo un derecho con importantes especialidades.

» Podemos considerar que posee un carácter de derecho autónomo, entendiendo por tal el sector del ordenamiento jurídico que se mueve conforme a principios jurídicos propios.

Como rama autónoma del derecho, de reciente creación, el derecho ambiental cuenta con ciertas características propias que lo diferencian de otras ramas jurídicas.

La evolución del derecho ambiental, su complejidad dado el sistema de pluralidad de fuentes que lo generan (así por ejemplo, la legislación puede proceder de diferentes legisladores de nivel supranacional y nacional), hacen del mismo un derecho con importantes especialidades. De hecho podemos considerar que posee un carácter de derecho autónomo, entendiendo por tal el sector del ordenamiento jurídico que se mueve conforme a principios jurídicos propios.

La preocupación por el derecho ambiental resulta indispensables para nuestra actividad, y casi podríamos decir que incluso indispensable para nuestra vida cotidiana como ciudadanos, pues el derecho ambiental moderno afecta a todos los ámbitos de la actuación humana en cuanto susceptibles de incidir en el entorno. Así pues, tenemos que tener en cuenta que el objeto de este derecho es la protección ambiental en sectores de lo más diverso: agricultura y ganadería, biotecnología, caza, pesca, comercio internacional, energía, industria, minería, telecomunicaciones, turismo, transporte, etc.

Con esta forma de actuación sectorial se busca lograr una tutela ambiental mínimamente operativa, debido a la propia naturaleza transversal de los problemas ambientales que afectan a los más variados supuestos. Por ello, en el derecho comunitario se establecieron las disposiciones jurídicas apropiada para la integración de las exigencias ambientales en los distintos campos de actuación, nuestro derecho nacional asume esta misma dimensión, puesto que somos Estado Miembro de la Unión Europea.

Forman parte integrante por lo tanto del derecho ambiental, entre otros, el derecho de la protección de la naturaleza (actual-

mente derecho de la biodiversidad), el derecho de la salud pública, el derecho del control de la calidad del aire, del suelo, del agua, el derecho de control de los subproductos de los sistemas de producción –vertidos, emisiones, ruidos, olores, residuos, etc.–, así como de los riesgos de los procesos de producción y de sus materias primas y productos (prevención de accidentes industriales), el derecho sanitario.

Pero también incluye, el derecho que, respondiendo a principios del derecho que le son propios y aplicando técnicas comunes a todas esas áreas, podría denominarse parte general o derecho transversal (u horizontal): derecho de las evaluaciones de impacto ambiental, de las licencias generales (por ejemplo, licencias de actividad y funcionamiento), de la responsabilidad civil por daños al medio, o creador de incentivos generales de mercado (ecoauditorías, ecoetiquetas, certificaciones...). Incluso ha creado, con su legislación, nuevos mercados como el de compra y venta de emisiones, o el mercado del agua.

A su vez, es un derecho tanto público como privado, ya que la norma ambiental de detalle no es sólo un mandato ejecutable mediante sistemas clásicos de derecho administrativo o penal, sino que también se adoptan los acuerdos colectivos, contratos individuales y otras técnicas civiles y mercantiles basadas por entero en la autonomía de la voluntad y en la libertad de contratación, que acoge nuestro derecho.

Así por ejemplo, tenemos los sistemas integrados de gestión ambiental, que resultan ya imprescindibles para el empresario sanitario. Es un derecho que opera en una realidad tan desbordante y variable como es la degradación del entorno humano, y en este sentido creemos que comprenderlo y entender cuáles son sus principios generales nos permitirá integrarlo en nuestra actividad cotidiana. ■

*Experta jurídica en Derecho Ambiental.
Para contactar: elisa.herrera@orange.es

El Congreso de la Profesión Médica quiere ser una reflexión de los médicos sobre sí mismos

Organizado por el Colegio de Médicos de Valencia y la Organización Médica Colegial, el I Congreso Nacional de la Profesión Médica tendrá lugar durante los días 6 y 7 de marzo.

Con el objetivo de analizar y buscar soluciones a la situación de la profesión médica en España, el Colegio de Médicos de Valencia y la Organización Médica Colegial han organizado en Valencia el primer encuentro donde los temas que se abordarán sean exclusivamente médicos. Se trata de un congreso dirigido y protagonizado por todos los sectores profesionales de la medicina en España que abordará la situación actual del sistema sanitario.

El presidente de la Organización Médica Colegial, Isacio Sigüero, el presidente de la Fundación del Colegio de Médicos de Valencia, Vicente Alapont, y los doctores Enrique Medina y Cristobal Zaragoza, ambos miembros del Comité Organizador del Congreso, expusieron que a través de este encuentro, quieren ofrecer una visión global de las circunstancias y el entorno en el que cada día el médico desarrolla su trabajo para, de este modo, establecer conclu-



De izda. a dcha. Cristobal Zaragoza, Vicente Alapont Raga, Isacio Sigüero Zurdo Enrique Medina Chulea.

siones que favorezcan la mejora de una profesión, la médica, “algo de suma importancia para el buen funcionamiento de la sociedad”.

Como ha explicado el presidente del Colegio de Médicos de Valencia y uno de los organizadores del evento, Vicente Alapont: “Durante dos días autoridades y representantes del mundo médico nacional, de sus instituciones, de la industria farmacéutica y de los pacientes, debatiremos en común las cuestiones que hoy son prioritarias para nuestro colectivo: la función que deben ocupar los colegios profesionales en la formación continuada de sus colegiados; la situación actual y futura de la demografía médica en nuestro país; la relación entre los médicos y la industria farmacéutica y el papel que debe protagonizar la atención primaria en esta década”. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes
Salvat la da por ti.

dertrase
POMADA

Formación proteolítica
(Tripsina y Quimotripsina) que actúa
sobre bacterias y hongos oportunistas



Acción desbordante con efecto antiséptico de amplio espectro

DERTRASE® pomada. Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, hidrolizado de bóveda ricinoléica 200 mg, Ácido L-ascórbico 200 mg, Metileno (D.E.) 1.200 mg, Metilfenol 200 mg, Nistatina (D.E.) 1 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 600, Indicaciones: Heridas y úlceras torpadas e hémicas que presenten necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Posquemés. Arroz. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza instrumental de heridas y trocantes de drenaje. Lesiones fungosas oportunistas. Mastitis. Después de dentil, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las partes pueden renovarse día a más veces al día, previa lavado con agua de las heridas anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o insertarla directamente en cavidades y trocantes fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito incompatibilidades la mayoría de los antibióticos, especialmente la penicilina, tetraciclinas, el grupo oxalilil y tetraciclinas. La actividad de las enzimas tripsina y quimotripsina se verá afectada en cuanto cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice conjuntamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al trimetoprim, pueden ocasionarmente presentarse reacciones cutáneas, cárdicas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Información y del fabricante: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o reacción adversa, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91.542.04.21. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 2,21 PVP/IVA: 2,49 euros.

InfoSalvat

SALVAT

Impuestos

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Planes de pensiones

¿Qué consideración fiscal tienen las prestaciones recibidas por los planes de pensiones?

Una vez acaecida la contingencia de un plan de pensiones (jubilación, incapacidad, fallecimiento o dependencia), el partícipe pasa a ser beneficiario, recibiendo las prestaciones correspondientes, cuyo importe estará compuesto por las aportaciones totales de los partícipes más la rentabilidad que tales aportaciones hayan producido durante su permanencia en el plan.

Sea cual sea la forma de cobro elegida y la contingencia de la que deriven, debido a la naturaleza de salario diferido que se atribuye a los planes de pensiones, las prestaciones que de ellos se derivan tienen en todo caso la calificación de rendimientos del trabajo, integrándose en la base imponible general del IRPF y estando sujetas a retención.

Prestación de la pensión

¿Cómo se integra en la base imponible del IRPF la prestación de la pensión?

La integración en la base imponible general del IRPF se realizará dependiendo de la forma en que se perciba la prestación:

1. Percepción de pensión o renta temporal o vitalicia por jubilación: el importe anual percibido se integrará en su totalidad en la base imponible general del IRPF del ejercicio en que sea exigible por su perceptor.
2. Percepción única en forma de capital por jubilación: el cien por cien del importe percibido se integrará igualmente como rendimiento del trabajo en la base imponible general del IRPF del beneficiario. No obstante,

en caso de aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2006, si han pasado más de 2 años entre la primera aportación al plan de pensiones y la fecha de jubilación, el beneficiario tendrá derecho a aplicar una reducción del 40 por ciento de los derechos consolidados correspondientes a estas aportaciones, es decir, tributará solo por el 60 por ciento de los prestaciones que correspondan a las aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2006.

3. Percepción de prestaciones por jubilación en forma mixta de capital-renta: se aplicará a cada tipo de renta las normas descritas en los apartados anteriores.
4. Percepción de prestaciones por incapacidad: si se reciben prestaciones en concepto de incapacidad, su importe tributará igualmente como rendimiento del trabajo. La tributación será la misma que para el caso de jubilación, pero, si se cobra en forma de capital, se aplicará la reducción del 40 por ciento a los derechos consolidados correspondientes a las aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2006, sin necesidad de que hayan transcurrido 2 años entre la primera aportación y la fecha de la incapacidad.
5. Percepción de prestaciones por fallecimiento del partícipe: en caso de fallecimiento del partícipe durante el período en el que se realizan aportaciones, si los beneficiarios reciben un capital o una renta, la tributación será la misma que la que tendría el partícipe, es decir, como rendimientos del trabajo, no tributando por el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. ■

» Una vez acaecida la contingencia de un plan de pensiones (jubilación, incapacidad, fallecimiento o dependencia), el partícipe pasa a ser beneficiario, recibiendo las prestaciones correspondientes.

» En la percepción de pensión o renta temporal o vitalicia por jubilación: el importe anual percibido se integrará en su totalidad en la base imponible general del IRPF.

* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Montse Capdevilla.

Para contactar: info@alescab.es

IX Congreso Mundial de Salud Rural

Las desigualdades en la salud, inmigración y tecnología rural son algunos de los temas que se abordarán en el IX Congreso Mundial de Salud Rural, que se celebrará en Creta en el mes de junio.

Organizado por la Sociedad Mundial de Medicina de Familia (WONCA) y la Sociedad Europea de Médicos Rurales (EURIPA), el IX Congreso de Salud Rural, WONCA-2009, tendrá lugar en la isla de Creta durante tres días de intensa actividad científica –del 12 al 14 junio–, aunque las actividades en sí se verán prolongadas durante tres jornadas más.

Como bloque temático estelar del evento figurará el de las desigualdades en la salud, en el que el doctor José Manuel López Abuin, director del Instituto de Salud Rural, y miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, realizará una de las presentaciones principales.

Presencia española

Asimismo, el doctor López Abuin ha fomentado la participación española con la dirección de una sesión propia y diversas comunicaciones referentes tanto a las desigualdades en salud como la inmigración, la tecnología rural y el ejercicio de la Medicina en las islas, que son los otros tres contenidos temáticos del congreso. Otro éxito será sin duda la participación numerosa del colectivo hispanohablante del continente americano en su consejo asesor internacional, formalizado a instancias del Instituto de Salud Rural, dirigido por el doctor López Abuin. Será, hasta el momento, en un congreso dominado históricamente por los países anglohablantes, la ocasión en que más se hará oír la presencia latina.

El hecho de que sea EURIPA la entidad co-organizadora del evento demuestra el respeto que esta sociedad ha ido adquiriendo a nivel mundial, con implantación en la mayoría de los países de la Unión Europea, y en cuya directiva figuran tanto el doctor López Abuin, como el doctor Jaume Banqué, coordinador del grupo de médicos rurales de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC).

Más información sobre el evento en www.ruralwonca2009.org. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes
Salvat la da por ti.



el apósito de espuma que cuida la herida y su entorno



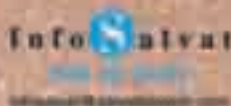
NO ADHESIVOS
FINANCIADOS
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL

Salvat

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente



Normativa

Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici*

» El delito de injuria se define como: "la acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación".

» En los contratos de venta a distancia el consumidor podrá revocar su declaración de voluntad de compra sin necesidad de alegar causa alguna, hasta pasados siete días desde la recepción del bien.

Condiciones de trabajo

¿Qué opciones tiene el trabajador ante una notificación de modificación de condiciones de trabajo por parte de la empresa?

Las condiciones de trabajo sustanciales se encuentran enumeradas en el artículo 41.1 del Estatuto de los Trabajadores, que establece que tienen la consideración de condiciones de trabajo sustanciales las que afectan a: jornada de trabajo, horario, régimen de trabajo o turnos, sistemas de remuneración, sistemas de trabajo y rendimiento. Las opciones que tiene el trabajador frente a una notificación de modificación de condiciones de trabajo por parte de la empresa, se reducen a, en primer lugar rescindir su contrato percibiendo una indemnización de 20 días de salario por año de servicio trabajado en la empresa hasta un máximo de 9 mensualidades; y, en segundo lugar, impugnar la decisión ante la autoridad laboral la cual determinará la naturaleza justificada o injustificada de la modificación.

Injurias en foros de Internet

¿Cómo contempla el Código Penal el delito de injurias cometido a través de Internet?

Nuestro Código Penal, en su artículo 208, define el delito de injuria como: "la acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación". Igualmente cabe señalar que las injurias hechas con publicidad serán incrementadas su pena, según se establece en los artículos 206 y 209 del referido Código Penal. El artículo 211 establece con respecto al delito de injurias que el mismo se reputará hecho con publicidad cuando se propague por medio de la imprenta, la radiodifusión o por cualquier otro medio de eficacia semejante. En los casos en los que las supuestas injurias se realicen por medio de Internet, esto conlleva que el tipo delictivo se agravaría.

Contratos de venta a distancia

¿Cómo el consumidor puede revocar contratos de venta realizados a distancia?

De conformidad con el artículo 5 de la Ley 26/1991 de 21 noviembre de Contratos de Consumo, en el supuesto de aquellos contratos celebrados fuera del establecimiento mercantil, el consumidor podrá revocar su declaración de voluntad de compra sin necesidad de alegar causa alguna, hasta pasados siete días desde la recepción del bien, a saber:

1. El consumidor podrá revocar su declaración de voluntad sin necesidad de alegar causa alguna, hasta pasados siete días.
2. La revocación no está sujeta a forma. En todo caso se considerará válidamente realizada cuando se lleve a cabo mediante el envío del documento de revocación a que se refiere el artículo tercero o mediante la devolución de las mercancías recibidas.
3. Corresponde al consumidor probar que ha ejercitado su derecho de revocación.

Arrendamiento de locales

¿Cuál es el tratamiento legal de los locales de negocio arrendados antes del 9 de mayo de 1985?

La Ley 29/1994, de 24 de noviembre de Arrendamientos Urbanos de los contratos de arrendamiento de local de negocio celebrados antes del 9 de mayo de 1985, que subsistan en la fecha de entrada en vigor de esta ley "continuarán rigiéndose por las normas del texto refundido de la Ley de Arrendamientos Urbanos de 1964, relativas al contrato de arrendamiento de local de negocio". Es decir que, aquellos contratos de arrendamiento de locales de negocio suscritos en el año 1982 continuarán sometidos, salvo modificaciones que introduce el nuevo texto, a los preceptos que el texto refundido de 1964 dedicaba a esta modalidad arrendaticia. ■

*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.
Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

J O R N A D A

Estrategias de I+D en la sanidad de Castilla-La Mancha



Toledo

Viernes, 6 de marzo de 2009

Palacio de Benacazón
C/ Recoletos, 1

Organizado por


Medical Economics


Castilla-La Mancha

Con la colaboración de

 **astellas**
Leading Light for Life




A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.

SureSkin[®] II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE II^ª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocolóide
**tan flexible y
adaptable como la piel**

InfoSalvat

info.salvat@apostillat.com


SALVAT

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** **Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver «Lista de excipientes». **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NVR» en una cara y «ECE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «JUC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver «Advertencias y precauciones de empleo»). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m²) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver «Embarazo y lactancia»). **Precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decubito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes conestenosis bilateral de la arteria renal oestenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m²). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes conestenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketoconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos (p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, tofenitoína, primidona), rifampicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucemiantes orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver «Advertencias y precauciones especiales de empleo»). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámida. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfabloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepressivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección «Contraindicaciones»). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hipotensión, así como a hipotensión y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuencia. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hipерhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso si no se ha observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alpecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraja, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombotocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor oligínico, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis** **Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistólica marcada, y probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Silíce coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** **Dafiro 5 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Período de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** **Dafiro 5 mg/160 mg:** EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 - 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** **Dafiro 5 mg/160 mg** comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. **Dafiro 10 mg/160 mg** comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por **ESTEVE**

Amlodipino (mg)	Valsartán (mg)				
	0	40	80	160	320
(% de pacientes que experimentaron edema periférico)	0	3,0	4,8	2,4	2,4
0	3,0	5,5	2,4	1,6	0,9
2,5	8,0	2,3	5,4	2,4	3,9
5	3,1	4,8	2,3	2,1	2,4
10	10,3	NA	NA	9,0	9,5

BIBLIOGRAFÍA: 1. ESH-ESC Guidelines Committee. The Task Force for the Management of Arterial Hipertensión of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007; 25: 1105-1187. 2. Poldermans et al. Tolerability an Blood Pressure-Lowering Efficacy of the Combination of Amlodipine Plus Valsartan Compared with Lisinopril Plus Hydrochlorothiazide in Adult Patients with Stage 2 Hypertension. Clin Ther. 2007; 29: 279-289. 3. Smith et al. Amlodipine and Valsartan Combined and as Monotherapy in Stage 2, Elderly, and Black Hypertensive Patients: Subgroup Analyses of 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. J Clin Hypertens. 2007; 9: 355-364.



Club Médico

Informativo

CLUB MÉDICO | Leguizamón 18 - 2000 SAN CARLOS - TEL: 011 4410 1778 - 41 CALLE 1660 - 2000 SAN CARLOS - Correo: clubmedico@clubmedico.com.ar | Web: www.clubmedico.com

Vacaciones Semana Santa 2009

ACTIVIDADES

- Vacaciones de Semana Santa
- Residencia de San Juan
- Residencias Asistidas
- Polytours Viajes
- Pullmantur Cruceros
- Apartamentos Club Médico
- Centro Médico Gran Via
- Guía de Establecimientos Recomendados

pullmantur

Hidrosfera: *(de hidro y el gr. esfera.)*

f. Conjunto de aguas de nuestro planeta, que permite la existencia de vida. || 2. Medio sobre el que es posible disfrutar de un Crucero Pullmantur.

Semana Santa

BRISAS DEL MEDITERRÁNEO

8 DÍAS/7 NOCHES en el buque **BOVERSON**

DESDE SÓLO

879€

Y CON TODO INCLUIDO A BORDO

Visita tu agencia de viajes



Un Crucero **Pullmantur** es sano por definición.

Queremos ser la parte más relajante de tu vida.

Sumérgete en la experiencia Pullmantur.

Disfruta de un merecido descanso durante Semana Santa.

Reserva tu crucero Pullmantur ahora. Consulta en tu agencia de viajes.

CREA TU GRUPO

+2 de 20

hasta 60% menos

www.pullmantur.es



POLITOURS

Semana Santa 2009

Paris

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 378 €

Brujas

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 440 €

Roma

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 525 €

Estambul

AVION + HOTEL
5 DIAS / 4 NOCHES
DESDE 565 €

Berlín

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 385 €

Dubrovnik

AVION + HOTEL
5 DIAS / 4 NOCHES
DESDE 650 €

Malta

AVION + HOTEL
5 DIAS / 4 NOCHES
DESDE 550 €

Nueva York

AVION + HOTEL
8 DIAS / 6 NOCHES
DESDE 1.560 €



Visite su Agencia de Viajes

Si desea más información puede contactar de las siguientes formas:

TELS.: 915 41 02 79 - 915 48 18 66 - FAX: 915 41 00 09 - Email: club-medico@arrakis.es

Web: www.club-medico.com

cicma 1448

EGIPTO

Compañía de Aviación **Caravel Air**  **VUELOS REGULARES**

Grandes Viajes para Grandes Viajeros

Crucero por el Mar Rojo (Egipto y Jordania)

18 Vuelos
Programa 10 días
con 1.400 €

Versión Salida VIERNES desde MADRID y BARCELONA
Programa 10 días (7n Crucero + 2n Hotel)



Día 1º Madrid-Barcelona/El Cairo Hurghada.

• **Vuelos**
Presentación en el aeropuerto, mostrador de Politours, para salir en vuelo regular con destino El Cairo. Llegada. Asistencia de nuestro personal de habla hispana y trámite de visado. Conexión con el vuelo doméstico a Hurghada. Llegada y traslado al barco. Noche a bordo.

Día 2º Hurghada/Sharm el Sheik

• **Salida** • **Permisos completos a bordo.**
Navegación a Sharm el Sheik. Llegada. Posibilidad de realizar visitas opcionales: visita al Monte Sinaí y el Monasterio de Santa Catalina, una de las maravillas del Sinaí o bien un safari de lama y mar, en todo terreno y un paseo por la playa montado en camello. Por la tarde, tiempo libre para descubrir este maravilloso resort del Mar Rojo, con gran animación y baños profundos marinos. Noche a bordo.

Día 3º Sharm el Sheik/Aqaba

• **Desayuno** • **Permisos completos a bordo.**
Durante el día de hoy podremos relajarnos en el crucero, pasear y hacer compras en Sharm el Sheik o bien hacer la excursión opcional al Parque Natural de Ras Mohamed o un buceo opcional para explorar los fondos marinos. Por la tarde también tendremos posibilidad de elegir una excursión optativa en un vehículo todo terreno por la

zona. Por la noche navegamos hacia Aqaba, ya en territorio Jordano. Noche a bordo.

Día 4º Aqaba

• **Desayuno** • **Permisos completos a bordo.**
Por la mañana llegaremos a Aqaba, localidad turística del Mar Rojo Jordano. Día libre para disfrutar de las numerosas maravillas que ofrece este Mar. También tendremos opción de realizar una excursión a Eilat (Israel) con posibilidad de bucear, o una visita guiada a la ciudad de Aqaba o bien una visita al Mar Muerto con tiempo para poder experimentar la sensación de flotar en el mismo. Noche a bordo.

Día 5º Aqaba

• **Desayuno** • **Permisos completos a bordo.**
Hoy será uno de los días más especiales, opcionalmente se podrá realizar la excursión a Petra, "la Ciudad Rosa" y capital de los Nabateos. Conoceremos los más importantes y representativos monumentos esculpidos en la roca. El Templo, famoso e internacionalmente conocido monumento levantado al cine en numerosas películas, las Tumbas de Colores, las Tumbas Reales, el Monasterio, etc. Después de la cena, dispondremos de tiempo libre para pasear por la ciudad. Noche a bordo.

Día 6º Aqaba/Taba/Safage

• **Desayuno** • **Permisos completos a bordo.**
Por la mañana navegamos hacia Taba, desde donde, opcionalmente, se podrá hacer la excursión a la Isla del Faradón. Disfrutaremos andando entre sus ruinas, ad-

más de disfrutar de un baño en las aguas cristalinas. Por la noche, en el barco, celebraremos la Noche del Pescador. Navegación. Noche a bordo.

Día 7º Safage

• **Desayuno** • **Permisos completos a bordo.**
Llegada a Safage, lugar idóneo del que podremos realizar, opcionalmente, la visita guiada a Luxor, templo dedicado al mismo dios y situado en el centro de la ciudad. Visita opcional del Templo de Karnak, maravillosa obra del Arte Faradónico dedicado al dios Amón Ra. Seguiremos con la visita opcional al Valle de los Reyes y las Reinas (Templo de la Reina Hatshepsut) en la orilla occidental del Nilo. Tarde libre para, quien lo desee, bucear por el Mar Rojo o pasar tranquilamente. Noche a bordo.

Día 8º Safage/Hurghada/El Cairo

• **Vuelos** • **Desayuno.**
Desembarque después del desayuno. Traslado al aeropuerto de Hurghada para salir en vuelo doméstico con destino El Cairo. Llegada y asistencia de nuestro personal de habla hispana. Traslado al hotel. Alojamiento.

Día 9º El Cairo

• **Salida** • **Desayuno.**
Día libre a disposición de los Sres. Clientes en el que tendrán la posibilidad de realizar visitas opcionales. Alojamiento en el hotel.

Día 10º El Cairo/Madrid-Barcelona

• **Desayuno** • **Desayuno.**
A la hora indicada traslado al aeropuerto para salir en vuelo regular con destino Madrid o Barcelona.

Detalles de itinerario:
Categoría Superior: 200 personas / 13 camarotes
Categoría Media: 200 personas / 13 camarotes
Categoría Superior: 200 personas / 13 camarotes
Posibilidad de excursión en vehículo todo terreno por la zona.



Precios Por Persona desde Madrid y Barcelona Salidas Viernes y Sábados

Categoría	Hab.Doble (Temporada Baja)	Hab.Doble (Temporada Alta)
"A"	1.695 €	2.545 €
"B"	1.975 €	2.345 €
"C"	2.315 €	2.545 €

POLITOURS
CAA-16
www.politours.com

Visite su Agencia de Viajes

CLUB MÉDICO / Leganitos, 35-28013 Madrid Telfs.: 91 541 02 79 - 91 541 18 66 / Fax: 91 541 00 09
E-mail: club-medico@arrakis.es - www.club-medico.com - Cisma 1448

Una fórmula sencilla y eficaz para contratar personal

¿Hay un puesto vacante en su clínica? Siga los cuatro pasos que el autor recomienda para encontrar el mejor candidato para ocupar ese puesto.

Por Jeffrey M. Kagan

Puesto que la contratación de empleados es costoso y acarrea un gasto de tiempo, es importante hacerlo bien para no tener que realizar esta tarea con demasiada frecuencia. Para aumentar la probabilidad de que las nuevas personas contratadas hagan bien su trabajo y se adapten rápidamente a nuestra consulta, tenemos que desarrollar un proceso para asegurarnos de que todos los candidatos son los más adecuados. Después de años cometiendo errores, he desarrollado un método de contratación que funciona.

Paso 1 Hacer que "corra la voz"

Cuando buscamos a una nueva persona para nuestro equipo, el gestor revisa los *curriculum vitae* recibidos en los últimos meses. A continuación, contacta con colegas de médicos para ver si saben de algún recién licenciado que busque empleo o, en caso de que no dispongan de bolsa de empleo, para saber si podemos publicar la oferta en su tablón de anuncios. También preguntamos a los miembros de nuestro actual equipo si conocen a alguien que pudiese estar interesado en el puesto.

Después, ponemos un anuncio en el periódico. Hemos comprobado que poner un anuncio en una publicación semanal gratuita llega a más y a mejores candidatos cualificados que los que se publican en los periódicos del domingo, además, estos últimos son mucho más caros. Para evitar que la gente que busca trabajo colapse nuestra sala de espera o las líneas telefónicas, nuestros anuncios indican que los *curriculum* deben ser remitidos a un apartado postal o enviados por fax o e-mail.

Otra opción más moderna es publicar el anuncio en Internet, en Monster.es o en cualquier otra página *web* visitada por los actuales buscadores de empleo. Hablando de tarifas, recurrir a una agencia de empleo también es costoso, pero puede simplificar el proceso de selección. En ella se elimina a los candidatos menos adecuados o a aquellos que piden más dinero del que nosotros ofrecemos.



Otra de las estrategias que hemos usado cuando hemos necesitado personal, es contactar con una empresa de trabajo temporal para que nos envíen a alguien para cubrir el puesto en cuestión. Pagamos a esta empresa externa un 50 por ciento más, aproximadamente, de lo que normalmente pagamos a la persona que ocupa el puesto. Pero después de un período (unos tres meses) y de acuerdo con lo que se ha convenido con la agencia por contrato, la persona, ya con experiencia en el puesto, pasa a ser un empleado fijo de nuestra plantilla y ya no tenemos que pagar nada a la agencia.

Paso 2 **Evaluar a los candidatos**

El gerente revisa los *curriculum* centrándose en la formación de los candidatos y en su experiencia profesional. También busca algún indicio que nos lleve a pensar que la persona no es la adecuada para el puesto, como por ejemplo, cambios demasiado frecuentes de empleo, ausencias sin explicación entre trabajo y trabajo y aspiraciones salariales surrealistas.

A continuación, el gerente se pone en contacto con los mejores aspirantes para explicarles brevemente el puesto de trabajo y para saber si pueden ser unos buenos fichajes para nuestra consulta. Se fija en su actitud, en cómo se expresan y en su cordialidad. Las preguntas que ellos mismos hacen también pueden ser muy importantes. Si lo primero que preguntan es cuántos días tienen de vacaciones o cuántos días pueden estar de baja, saltan las alarmas.

Algo que nosotros no hacemos pero que los expertos recomiendan encarecidamente es investigar sobre la personalidad y las finanzas de la gente que queremos contratar y proponerles la realización de un análisis de drogas. Estos exámenes varían según el candidato. Consulte a un abogado antes de comunicar a los empleados que deben realizarse uno.

Paso 3 **La entrevista de trabajo**

Solemos llamar a los tres o cuatro mejores aspirantes para realizar una entrevista personal con el gerente y uno de nuestros responsables. Los médicos también acostumbran a conocerlos al mismo tiempo.

En esta etapa, los candidatos reciben una descripción escrita del lugar de trabajo y les pedimos que rellenen nuestro formulario de solicitud de empleo, en el que se les pide información que no aparece en sus *curriculum*;

por ejemplo, pretensiones salariales, años y sueldo en trabajos anteriores, qué beneficios buscan, qué idiomas saben y disponibilidad para trabajar en el extranjero. Con frecuencia los aspirantes al puesto de trabajo que tienen familia, son más reacios a abandonar su ciudad.

También les preguntamos si fuman. No solemos contratar a personas fumadoras porque tienden a hacer más descansos en su jornada y también por sus enfermedades y las de sus hijos, que son fumadores pasivos. Además, preferimos no exponer a nuestros pacientes al olor de los cigarrillos de nuestros empleados, o enseñar un mal ejemplo a todos los que estén intentando dejar de fumar. Consulte también este tema con sus abogados, porque algunos estatutos prohíben preguntas acerca del estilo de vida de las personas, incluyendo la elección de fumar.

Durante la entrevista intentamos determinar si los aspirantes poseen ciertas cualidades. Por ejemplo: ¿pueden trabajar bajo presión?, ¿son polivalentes? Para saberlo, indicamos a los candidatos que nos describan una situación en la que demostrasen su habilidad para trabajar bajo presión. Además, los observamos detenidamente para saber más de ellos: ¿Son educados y cordiales? ¿Son condescendientes o intimidantes? Nos centramos más en ese tipo de aspectos que en las habilidades específicas para desarrollar un trabajo, que se pueden aprender fácilmente con el tiempo.

La entrevista, además, es el momento ideal para saber si han dejado su trabajo anterior o quieren dejar el que tienen actualmente. Después de un tiempo, desarrollas un sexto sentido para saber si el candidato en cuestión es adecuado para el puesto.

Paso 4 **Pedir referencias**

Las referencias ofrecidas por una persona que simplemente ha trabajado en la misma oficina que el candidato no son tan útiles como las que pueden ofrecer sus supervisores. Aunque, a menudo, las grandes empresas simplemente verifican que la persona en cuestión ha trabajado para ellos.

Interpretamos los silencios y la vaguedad de las palabras como un signo negativo. Muchos supervisores elogiarán a sus antiguos empleados si han estado satisfechos con su trabajo. Si la respuesta a todas las preguntas es sí, es señal de que el candidato será una excelente adquisición para su equipo. ■

Haga su consulta

Urgencias

Documentación

Historias
clínicas

Formación

Comunicación
con el paciente

Recursos
humanos

Confidencialidad

Por Gail Garfinkel Weiss

No se puede negar que a veces necesitará la colaboración de un experto. Pocas personas pueden hacerse cirugía a sí mismos o son capaces de reformar su propia cocina. Sin embargo, con las herramientas adecuadas, los “manitas” pueden enfrentarse a complicadas tareas de forma exitosa y, de paso, ahorrar una buena cantidad de dinero. Una de las áreas donde mejor se puede aplicar lo anterior es en el examen de las infraestructuras de su oficina para identificar potenciales riesgos por negligencia o malpraxis.

Por ejemplo, usted podría pensar que dispone de suficientes protocolos para garantizar una comunicación fluida con los médicos de su consulta. ¿Pero incluye ese protocolo un correcto sistema de etiquetado de los archivos de historiales y de las pruebas diagnósticas e informes de pacientes? En caso negativo, una autoevaluación le alertará sobre esto, así como otras importantes formas de minimizar su riesgo de ser demandado.

“Los auditores externos son generalmente más objetivos que los internos”, dice Lee

más segura

Al efectuar una evaluación de la prevención de riesgos, usted puede identificar peligros potenciales, hacer su consulta más segura, e incrementar la satisfacción de sus pacientes.

J. Johnson, un abogado de derecho sanitario de Mt. Kisco, New York. “Pero muchas consultas de pequeño tamaño no pueden permitirse una auditoría externa, que puede costar a partir de 150 euros la hora”. Haciendo su propia evaluación usted ahorrará ese dinero y además podrá aspirar a obtener algún día una acreditación de calidad si demuestra que ha hecho una evaluación de riesgos y que ha tomado las acciones correctoras necesarias.

Algunas aseguradoras de responsabilidad médica, como la Cooperativa de Médicos Americanos-Mutualidad de Previsión de California o la Protección Médica con sede en Fort Wayne, proveen a través de Internet herramientas informáticas para ayudar a los médicos y a su personal administrativo a determinar con precisión y a remediar las deficiencias en el mantenimiento de historiales, gestión de personal, seguimiento de pacientes, comunicaciones y otros sistemas.

Adicionalmente, la Asociación Americana de Dirección Médica, junto con el Consorcio para la Educación y la Investigación en Salud y el Instituto para la Práctica Segura de la Medicina han desarrollado la “Asesoría para la Seguridad del Paciente en las consultas médicas”, una especie de guía que puede ser utilizada para evaluar la seguridad y los procedimientos de calidad en su consulta.

Mark J. Hakim, director de prevención de riesgos para la aseguradora ProAssurance, compara la autoevaluación en la prevención de riesgos con poner a prueba de niños una casa para conseguir reducir la pro-

babilidad de los accidentes y sus consecuencias adversas.

“No todos los riesgos son fácilmente detectables”, señala Hakim, “Una autoevaluación efectuada cuidadosamente, y con el apropiado seguimiento y la adecuada documentación puede reducir la probabilidad de ser demandado; predisponerle para defenderse más fácilmente en caso de ser demandado porque podrá demostrar que ha hecho más de lo estrictamente necesario para fortalecer y mejorar sus sistemas; generar nuevas ideas; y ayudar a la formación y desarrollo de su personal”.

Evaluar los sistemas uno por uno

El asesoramiento para la prevención y el control de riesgos de la mutualidad, (que está disponible en la *web* http://www.capmpt.com/riskmanagement/SelfAssessment_Checklist.pdf) está dividido en cuatro secciones: administración, recepción, archivos médicos, y educación y entrenamiento, cada una con sus propias listas de verificación y control. Los asuntos que suponen las mayores amenazas para la responsabilidad van precedidos por unos triángulos de “atención”. Tres ejemplos: ¿sigue usted una política de que todas las recetas han de ser autorizadas por un médico?, ¿está su personal entrenado para atender correctamente las quejas de los pacientes?, y ¿tienen las recetas un formato correctamente estructurado?

En la prevención de riesgos, sin embargo, cualquier nimiedad también cuenta.

Puntos clave

- » Una autoevaluación puede ahorrarle dinero. Una evaluación externa podría costarle a partir de 150 euros la hora.
- » Además de reducir su riesgo, una autoevaluación puede contribuir a generar nuevas ideas, así como ayudarle a la formación y el desarrollo del personal.
- » En cuanto haya identificado áreas relacionadas con la seguridad del paciente que requieran un reforzamiento, necesitará implementar programas para ello.

“Muchos médicos no se dan cuenta de que los procedimientos rutinarios o los sistemas de administración pueden ponerles en riesgo”, reconoce Waldene Drake, vicepresidente para la prevención de riesgos y seguridad del paciente de la mutualidad. Por esa razón, las listas de verificación incluyen preguntas sobre el mantenimiento de equipos, la limpieza, el etiquetado de los teléfonos, la privacidad del paciente en

de prevención de riesgos clínicos de Medical Protective. He aquí, por ejemplo, la cuestión número 10. “De acuerdo con el tipo de consulta y el número de pacientes, se está desarrollando un proceso de revisión preventiva de la salud de los pacientes.” La razón de esta respuesta es: “Un sistema que preventivamente monitoriza a pacientes en búsqueda de riesgos potenciales de enfermedades, puede ayudar a estos a evitar o minimizar las complicaciones y también puede reducir la responsabilidad del profesional si se dan”.

«Es recomendable emplear a varios miembros de su consulta para efectuar la autoevaluación de riesgos, de tal forma que cada área sea evaluada por alguien con experiencia»»

la sala de examen, los protocolos respecto a la información que el personal de administración puede dejar en los contestadores automáticos de los pacientes, el ambiente de la sala de espera y otras cosas del día a día.

En realidad, Drake escribió el “autoasesoramiento” después de que los directores de riesgo de la mutualidad encontraron “pequeñas cosas que pueden suponer un gran perjuicio y un gran problema para un profesional”, como indica en su propio informe. En una ocasión, a una empleada de carácter temporal no le fue indicado que el médico tenía que ver todos los resultados de las pruebas. “Nuestro director de riesgos vio cómo tomaba los informes del laboratorio y los ponía directamente en la casilla con el historial y, a continuación, renovaba las casillas del estante con nuevos historiales”, relata Drake. “Al revisar el resultado de las pruebas, el médico puso en peligro a cada uno de los pacientes. Después de ser informado, el director de la oficina cerró toda una tarde para proceder a la revisión de todos los historiales por si contenían información valiosa no tenida en cuenta”.

“Usted también puede consultar el fundamento de cada respuesta sugerida”, dice Theresa Essick, vicepresidenta del servicio

La herramienta de autoevaluación

Usted puede descargarse la “Auditoría para la Seguridad del Paciente en las consultas médicas” desde la *web* www.physiciansafetytool.org. Además, por unos 200 euros, un centro de investigación examinará las condiciones particulares de su consulta y le suministrará un cuaderno de instrucciones para la correcta interpretación de los resultados, así como una comparativa aproximada del estado de su consulta en relación con otras de similares características. La identidad y los resultados son confidenciales.

El cuaderno de ejercicios también contiene una lista de otros recursos que le pueden ser de utilidad para abordar los asuntos relacionados con la seguridad de los pacientes y otros relacionados con la calidad. Por ejemplo, encontrará un artículo titulado “Análisis de los resultados de diversos test en una consulta médica” de la Asociación Médica de Kentucky, que contiene pautas para desarrollar sistemas de seguimiento manuales o informatizados.

Mientras los miembros de la Asociación Americana de Dirección Médica prefieren que los consultorios presenten sus conclusiones a la propia asociación y sus socios de investigación, para ser añadidas a sus bases de datos, los médicos por cuenta propia, no están obligados a presentarlas. “El objetivo principal es incrementar el conocimiento de los médicos de áreas problemáticas e indicarles qué deberían cambiar para hacer sus consultas más seguras”, dice el patólogo Terry Hammons, investigador principal en el proyecto de Investigación en la Seguridad del Paciente. Consta de seis partes y un total de 79 artículos. He aquí un ejemplo de los factores de riesgo de cada segmento:

► **Medicamentos.** Todos los medicamentos, reactivos, y otros productos que llevan fecha de caducidad son verificados (al menos trimestralmente) por un miembro del personal designado al efecto, y son desechados en cuanto han caducado.

► **Entrega de informes y pruebas.** La consulta suministra a todos los pacientes un fácil acceso a su historial, pruebas de laboratorio, imágenes, y cualquier otro resultado, y a todos los pacientes se les indica cómo obtener esta información.

► **Cirugía/anestesia y sedación/procedimientos invasivos.** Dos miembros del personal confirman y repasan con cada paciente el lugar en el que se va a llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico o invasivo, antes del comienzo del procedimiento.

► **Personal/requisitos/capacidad.** La consulta mantiene un sistema para (por lo menos anualmente) analizar los requisitos de competencia y capacidad que deben reunir enfermeras y personal administrativo, adecuados para los servicios y los procedimientos que han de llevar a cabo.

► **Dirección de la consulta.** Está implantado un sistema de muestra de errores, tal como informes de incidencias, basado en una cultura de la seguridad, que permite la libre recogida y compartir los datos dentro de la consulta.

► **Educación/comunicación con el paciente.** De modo rutinario se pide a los pacientes que repitan lo que se les ha indicado o prescrito, con lo que se facilita al médico la aclaración de todas las instrucciones.

Aproveche al máximo lo que ha aprendido

Idealmente, usted debería disponer de varios miembros en su consulta —quizás un gerente, un encargado clínico—, y un técnico para efectuar la autoevaluación de la prevención de riesgos, de tal forma que cada área sea evaluada por una persona con experiencia y dominio del tema. Los evaluadores pueden intercambiar su información y decidir conjuntamente las acciones correctivas necesarias. Incluso en el caso de que usted mantenga una consulta que está constituida por usted mismo y su gerente (incluso su esposa), aún puede aprender mucho sobre cómo hacer su propia evaluación de prevención de riesgos, señala Terry Hammons, del Grupo de Dirección Médica.

Los test de autoevaluación no tienen un nivel por el que “aprueba o no”, pero obviamente cuantas más casillas señale con un “No”, más vulnerable será usted frente a una demanda por negligencia y, por tanto, deberá hacer un mayor esfuerzo en cuestión de prevención. ¿Cómo asigna usted sus prioridades? “Comience por comprobar las normas regulatorias”, sugiere Theresa Essick de Medical Protective. “A continuación observe los asuntos relacionados con la seguridad de los pacientes, y finalmente fíjese en las materias de productividad y eficiencia”.

Con probabilidad, ciertas áreas llamarán su atención inmediatamente, dice Hammons. Una comparativa de datos también puede serle de gran ayuda. Por ejemplo, una pregunta del proyecto de Auditoría en Seguridad del Paciente en la categoría de

«Una autoevaluación efectuada cuidadosamente, y con el apropiado seguimiento y la adecuada documentación puede reducir la probabilidad de ser demandado»»

“medicamentos” es: “En cada visita de un paciente se obtiene y documenta un completo historial de tratamiento, incluyendo medicación que no ha sido adquirida en farmacias, vitaminas, y productos de herbolario”.

“Efectúe usted o no su autoevaluación, es necesario solucionar otros problemas que dicha autoevaluación no puede revelar”, asegura Eric Shore, un internista y abogado especializado en salud en Bala Cynwyd, PA. Si usted es demandado porque un informe positivo del laboratorio se extravió, y el abogado del demandante se entera de que usted estaba al tanto de la necesidad de implementar una política de seguimiento de informes y nunca lo hizo, o la implementó pero nunca la ejecutó, al demandante probablemente le resulte lo más fácil del mundo demostrar su negligencia. ■

Gestión en Atención Primaria

Uso del correo electrónico



Pedro Luis López Galindo*

La implantación en Castilla-La Mancha desde el año 2003 de la informatización con el programa Turriano en las consultas de Atención Primaria, ha puesto en manos de los profesionales sanitarios la posibilidad de comunicación vía correo electrónico y el acceso a Internet, así como el acceso de la población (2.000.000 de usuarios en Castilla-La Mancha) a diferentes posibilidades informáticas que facilitan su relación con el Sistema de Salud.

Grandes ventajas

Rapidez. El tiempo que tarda en llegar un correo electrónico desde el usuario al profesional oscila entre unos cuantos segundos a unos cuantos minutos, dependiendo de su tamaño y contenido, pero independientemente de si el envío se realiza a una misma ciudad o a otro continente, rompiéndose las barreras del tiempo y la distancia.

Economía. El coste de envío y recepción de correos electrónicos es realmente bajo, independientemente de si se envía o se recibe uno o cien e-mails.

Comodidad. Se pueden enviar cientos o miles de correos electrónicos desde la comodidad de una casa, el trabajo, etc. y no precisa de grandes instalaciones.

Seguimiento. Dado que los correos electrónicos enviados y recibidos quedan almacenados en la memoria del servidor o del computador, se puede realizar un seguimiento muy detallado de los correos recibidos y contestados.

Presencia. Cuando un correo electrónico ingresa a la bandeja de entrada del destinatario, lo que en realidad ha logrado es "ingresar"

a un lugar muy personal y de acceso único que tiene el profesional.

Ahorro de tiempo. Es una forma de comunicación eficaz que disminuye el tiempo que normalmente se tarda en contestar las preguntas de los pacientes por teléfono. En una consulta con mucha demanda, el correo electrónico con los pacientes probablemente no disminuye la demanda, pero permite al profesional contestar en los momentos más convenientes, lo que ayuda a controlar y organizar mejor su consulta y su tiempo; el hecho de poder contestar por el médico en períodos de tiempo libre compensa con creces y optimiza el tiempo de trabajo.

Expresión. Enriquece el informe médico porque permite obtener un tipo de información del paciente que a veces es muy difícil de conseguir cara a cara o por teléfono, ya que el acto de escribir esta rodeado de reflexión, ausencia de prisa, y posible corrección de errores. También los médicos pueden consultar con sus colegas y otros profesionales estableciendo interconsultas y evitan posibles problemas relacionados con la legibilidad de las notas escritas a mano.

Contenidos. No sólo se puede transmitir texto, sino elementos multimedia en lo que constituye una nueva aplicación de la telemedicina muy útil.

Satisfacción. Tanto por parte del paciente como del profesional, al establecerse una relación de confianza, asistencia, comodidad y agradecimiento diferente a la presencial (prisas, masificación, listas de espera, etc.), se mejora de manera importante la relación profesional-paciente, siendo un medio que puede ser utilizado durante las 24 horas al día y todos los días.

» Se pueden enviar cientos o miles de correos electrónicos desde la comodidad de una casa, el trabajo, etc. y no precisa de grandes instalaciones.

» No sólo se puede transmitir texto, sino elementos multimedia en lo que constituye una nueva aplicación de la telemedicina, que puede resultar muy útil.



Mejora organizativa de la consulta. Siendo necesario un tiempo de consulta por parte del profesional para la atención y contestación de los correos, también permite una mejor administración de los espacios libres de la consulta, así como una disminución de la demanda y la frecuentación.

También hay desventajas

Seguridad. Tanto los profesionales como los pacientes están preocupados por su falta de privacidad e integridad. Sin embargo, el rechazo de los profesionales a comunicarse con los pacientes a través del correo electrónico contrasta con la gran acogida que ha tenido Internet por parte de los pacientes.

Alfabetización informática. La utilización del sistema requiere de conocimientos mínimos a nivel de usuario de las aplicaciones informáticas (correo electrónico, procesador de texto e imágenes, etc.).

Limitación. Su utilización debe de estar sujeta a unas determinadas y claras normas de uso, no siendo un sistema aplicable en casos de consultas urgentes o donde sea necesario cualquier tipo de exploración del paciente de manera presencial. Pensamos que la comunicación a través de Internet es fría y pierde su calidez, ya que nos priva del encuentro cara a cara con el paciente, que además nos brinda el cortejo de informaciones extra verbales, lo que en una gran mayoría de las veces nos orienta hacia el diagnóstico.

Desconocimiento. La comunicación a través del correo electrónico no se ve como un complemento, sino como un suplemento de la actual consulta médica. Sin embargo, este sistema, a pesar de su bajo coste y de su gran potencial, sigue siendo escasamente utilizado por las organizaciones sanitarias. Además, aunque una parte de los facultativos emplea el correo electrónico en sus consultas, la mayoría sólo establecen esta relación con una pequeña proporción de sus pacientes. Esto que en la actualidad se realiza por algunos profesionales de manera personal en sus consultas, podría tomar un ensamblaje institucional y generali-

zado como en el caso de las citas por Internet, donde previo acuerdo entre paciente y profesional, se pudiera tener acceso al correo electrónico del médico de cabecera desde una *web* institucional mediante el registro del paciente o la manera que se considerara más segura y cómoda, así como con el perfecto resguardo de la privacidad.

De manera previa a su utilización es necesario e imprescindible un consentimiento por parte del paciente elegido por el profesional para el uso de dicha consulta vía e-mail.

El correo puede ser utilizado por el paciente para solicitar renovación de la medicación, lo que hace que los pacientes usen mejor los medicamentos, ya que para pedirlos tienen que decir cómo los toman, lo que sirve para su propio aprendizaje y para detectar errores de medicación. Con los medios de que se dispone en el mundo actual no parece lógico que una persona tenga que ausentarse de su trabajo para pedir unas recetas programadas a su médico o enfermera.

También es muy interesante el uso del correo para que los pacientes comenten con su médico la información que reciben de los medios de comunicación general, que no siempre es la adecuada a cada caso, lo que aumenta la confianza del paciente en su médico.

Por último, en nuestra corta experiencia, aparte de lo ya comentado el correo nos está siendo útil para el seguimiento de ciertas patologías crónicas en las que lo que necesita el médico es saber la evolución de los procesos. Por ejemplo: el asma y las anotaciones de registro del FEM se pueden comunicar por correo electrónico; la HTA y los registros de AMPA; las migrañas y el diario de la migraña, los controles glucémicos de los diabéticos, la evolución de las heridas, dietas, ejercicio, control de programas sobre tabaquismo y alcoholismo, etc. y consultas rutinarias que hasta ahora nos hacen los pacientes por teléfono.

Pero nunca se debe de utilizar este sistema de comunicación para aquello que sea urgente o de imprescindible presencia del paciente en la consulta del profesional. ■

Sección patrocinada por:

 **Almirall**
Soluciones pensando en ti

FORO CIENTIFICO SEXOLOGIA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009

PROGRAMA AVANZADO

Viernes tarde, 12 de junio de 2009

17.30 Conferencia inaugural:

"El rompecabezas de la sexualidad"

José Antonio Marina

*Catedrático de Filosofía, ensayista y escritor.
Premio Nacional de Ensayo.*

18.30-21.00 MESA CIENTÍFICA: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD

Moderador: Antonio Casaubón Alcaraz

*Psicólogo, sexólogo (Motril, Granada). Tesorero
Junta Directiva de la Federación Latinoamericana
de Sexología (FLASSES) y Presidente de AEES.*

**Sexualidad en la mediana edad desde
la perspectiva de género**

María Lameiras Fernández

*Profesora Titular. Universidad de Vigo. Facultad
de Ciencias de la Educación.*

Sexualidad masculina: a propósito de la
andropenia

José Luis Arrondo Arrondo

*Médico Andrólogo. Unidad de Andrología del
Servicio de Urología. Hospital de Navarra.*

Sexualidad femenina: menopausia

Francisco Donat Colomer

*Ginecólogo. Centro de Salud Sexual y Reproductiva
del Centro de Salud Fuente San Luis, Valencia.
Catedrático Escuela Universitaria de Enfermería.
Universidad de Valencia.*

**Sexualidad en las parejas de mediana
edad**

José Cáceres Carrasco

*Psicólogo Clínico. Centro de Orientación Familiar
de Pamplona. Servicio Navarro de Salud. Profesor
de la Universidad de Deusto (Bilbao).*

La disfunción eréctil: disfunción en el hombre
de mediana edad. Un tratamiento integrado

Ramón González Corrales

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Experto en Sexología. Centro de Salud
Ciudad-Real II.*

El deseo sexual inhibido: la disfunción más
frecuente en la mujer

Marta Arasanz Roche

*Psicóloga Clínica y Sexóloga. Profesora de
Sexualidad Humana. Escuela Universitaria de
Enfermería Sant Joan de Deu (Barcelona).*

Debate

Sábado mañana, 13 de junio de 2009

9.30-11.30 MESA CIENTÍFICA:

**LA TRANSEXUALIDAD: UN ABORDAJE
MULTIDISCIPLINAR**

Moderadora: Mercedes Pons Esteve

*Médica. Jefa del Servicio del Plan del SIDA
de la Comunidad Valenciana.*

**La evaluación diagnóstica y el abordaje
psicológico de la transexualidad**

Felipe Hurtado Murillo

*Psicólogo Clínico y Sexólogo. Centro de Salud
Fuente San Luis. Agencia Valenciana de Salud.
Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral
a las Personas Transexuales.*

**Terapia hormonal en los trastornos
de la identidad sexual**

Marcelino Gómez Balaguer

*Endocrinólogo. Hospital Doctor Peset de Valencia.
Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral a las
Personas Transexuales.*

Cirugía de reasignación sexual

Iván Mañero Vázquez

*Cirujano plástico, estético y reparador. Clínica
Mediterránea (Barcelona).*

Aspectos legales de la transexualidad

Carlos Díez Lirio

*Fiscal. Fiscalía Provincial. Ciudad de la Justicia
(Valencia).*

Debate

11.30 Café

12.00-14.00 MESA CIENTÍFICA: LOS DELITOS SEXUALES: UN ABORDAJE INTEGRAL

Moderadora: Adriana Rey Anastasi

*Psicóloga Clínica Forense. Unidad de Psicología
Forense del Instituto de Medicina Legal. Consejería
de Justicia y Administraciones Públicas de la
Comunidad Valenciana.*

**Programas terapéuticos dentro
de la institución penitenciaria.**

Fernando Esparza Morera

*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Equipo
Terapéutico de la Prisión de Picassent (Valencia).*



Sábado mañana, 13 de junio de 2009

Terapias biológicas para agresores sexuales

José Díaz Morfa

Psiquiatra-Psicoterapeuta. Presidente de la Asociación Española de Sexología Clínica. Académico permanente y Coordinador de la AISM. Consultor de la World Psychiatric Association (Madrid).

Aspectos forenses de la violencia sexual.

Purificación Beltrán Aleu

Forense. Instituto de Medicina Legal. Ciudad de la Justicia (Valencia).

Aspectos legales en el ámbito de la violencia sexual y de género.

Susana Gisbert Grifo

Fiscal Especialista en Violencia de Género. Ciudad de la Justicia (Valencia).

Debate

14.00 Comida de trabajo

16.30-18.30 MESA DE COMUNICACIONES LIBRES

Moderadora: Olatz Gómez Llorens

Psicóloga Clínica. Sexóloga práctica privada. Profesora Asociada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

18.30-20.00 TALLER PRÁCTICO DE INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Moderador: Carlos San Martín Blanco

Médico. Sexólogo. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA) de Santander. Presidente de la Asociación Española para la Promoción Integral de la Salud Sexual (APISS).

Actores de la empresa Inter Actuar 2001 de Barcelona. Teatro de empresa interactivo sobre la violencia de género.

20.00 Acto de clausura

COMITÉ ORGANIZADOR

Felipe Hurtado Murillo
Presidente

Ramón González Correales
María Lameiras Fernández
Froilán Sánchez Sánchez
Elena Villalva Quintana

COMITÉ CIENTÍFICO

Carlos San Martín Blanco
Presidente

Francisco Cabello Santamaría
Antonio Casaubón Alcaraz
José Díaz Morfa
Olatz Gómez Llorens

Con la colaboración de:



AIES



FLASSES



AESC



APISS

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75

Información e inscripción
www.sexologiaintegral.es

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Por favor, envíe este boletín debidamente cumplimentado y con letras mayúsculas a la Secretaría Técnica (Drug Farma Congresos, S.L.).

Fecha límite de admisión de boletines en la Secretaría: 7 de junio de 2009.
A partir de esa fecha, las inscripciones se realizarán en la sede del Congreso.

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre

Dirección C. P.

Localidad Provincia

NIF Teléfono E-mail

(Imprescindible para información relacionada con el Congreso)

CUOTAS

1) CONGRESO	GENERAL	MIR/ESTUDIANTES
Hasta 31/03/09	250 €	150 €
Desde 01/04/09	290 €	175 €

● La cuota de inscripción del congresista incluye la asistencia a actos científicos, cafés, comida de trabajo y cena-cóctel de inauguración del 12 de junio de 2009.

2) CENA OPCIONAL día 13 de junio de 2009: 65 €

3) ALOJAMIENTO	DUI	DUD
Hotel Barceló Valencia	164 €	187 €
Hotel Beatriz Rey Don Jaime	107 €	180 €

● Previa confirmación de disponibilidad con Secretaría.

LIQUIDACIÓN

1)

2)

3)

TOTAL€

FORMAS DE PAGO

- Transferencia bancaria a favor de Drug Farma Congresos, S.L. en la cuenta de La Caixa: 2100 1745 51 0200104753
- Cheque bancario a favor de Drug Farma Congresos, S.L.

DATOS PARA LA FACTURA

En caso de precisar factura, por favor, cumplimente los siguientes datos:

Nombre y apellidos o razón social

Dirección C. P.

Localidad Provincia

Teléfono Fax E-mail

CIF/NIF

NOTAS IMPORTANTES

- Todos los precios tienen IVA incluido.
- ES IMPRESCINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS. No se aceptará ningún boletín que no esté debidamente cumplimentado en todos sus apartados.
- En caso de cancelación de inscripciones y/o cenas opcionales, no se devolverán las cuotas; solamente se permitirán cambios de nombre.
- Los gastos en caso de cancelación de alojamiento serán: del 50% antes del 31 de marzo de 2009 y del 100% a partir del 1 de abril de 2009.
- Para formalizar la inscripción y/o reserva (previa confirmación de disponibilidad), es imprescindible remitir el boletín debidamente cumplimentado junto con el resguardo de pago a la Secretaría Técnica.

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, Ud. consiente de modo expreso en la incorporación de sus datos en un fichero automatizado de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L. cuya finalidad es el desarrollo de las gestiones propias como Secretaría Técnica del Foro, así como informarle sobre temas de ámbito científico, profesional, sanitario y/o farmacéutico que puedan resultar de su interés tanto de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L., como del resto del empresas del Grupo Drug Farma (Spanish Publishers Associates, S.L.; Prodrug Multimedia, S.L.; Drug Farma, S.L.). Ud. tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta certificada remitida a DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.: c/ Antonio López, 249-1º, 28041 Madrid.

nuevo

SALVA
SKIN

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS
CON SILICONA. TRATAN LA PIEL
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKIN^{oil}
ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKIN^{milk}
FORMULA ESPECIAL PARA
EMBARAZADAS



- EXCELENTE EXTENSIBILIDAD
- EXCELENTE ABSORCIÓN
- OLOR NEUTRO
- NO DEJAN RESIDUOS ACEITOSOS

Ente **SALVAT**
900 20 65 00
www.salvat.com

SALVAT

El médico ante la ley

Persecución y defensa



El fenómeno anglosajón de la cultura de la denuncia se está instalando con fuerza en este país. Y en el ámbito sanitario, las demandas de los pacientes y/o sus familiares contra los profesionales de la salud crecen como hongos.

La responsabilidad profesional del médico es el tema que cuatro expertos de reconocido prestigio (dos magistrados, un fiscal y un abogado penalista) abordaron en el último Congreso de Derecho Sanitario celebrado en Madrid.

En la última década (1998-2008) las denuncias a médicos se multiplicaron por cuatro, según un reciente estudio basado en el análisis de cerca de 1.800 sentencias de la Audiencia Nacional emitidas contra hospitales de la red pública sanitaria.

Ese aluvión de sentencias –condenatorias o no– está condicionando el trabajo y la toma de decisiones de los médicos. Y prueba de ello es la práctica, muchas veces abusiva, de la medicina defensiva, que no sólo encarece el gasto sanitario, sino que sume al médico en una especie de coraza que le impide tomar decisiones de riesgo y le dificulta su desarrollo profesional.

Con esta realidad como telón de fondo, cuatro expertos: los magistrados de la Audiencia Nacional Ricardo Rodríguez Fernández y José Guerrero Zaplana; el fiscal de la Audiencia Pro-

vincial de Pontevedra, Benito Montero Priego; y el catedrático de Derecho Pnal, Miguel Bajo Fernández, abordaron en el último Congreso de Derecho Sanitario celebrado en Madrid la responsabilidad profesional desde diferentes ángulos.

Esos enfoques, presididos por la actualización y puesta al día en legislación y casuística relativa a la responsabilidad profesional, versaron acerca del daño y efectos indemnizatorios en la ausencia de consentimiento informado, la necesidad de contratar un seguro como defensa ante las agresiones médicas, la responsabilidad patrimonial de la Administración respecto a la indemnizaciones por daños futuros y la responsabilidad penal en la que pueden incurrir los directores y administradores de centros sanitarios.

Por Gonzalo San Segundo

1. De cómo el consentimiento requiere una información exhaustiva, veraz y comprensible por parte del médico

Muchos médicos lo ignoran, pero la ausencia de una información exhaustiva, correcta, veraz, leal y comprensible para el paciente es causa de un buen número de demandas y condenas. Y, según el magistrado Ricardo Rodríguez Fernández, de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, la información con los atributos expresados es necesaria para conformar un consentimiento debidamente informado.

Para la jurisprudencia, exhaustiva quiere decir que la información “se integre en la comprensión del destinatario con los conocimientos suficientes a su alcance para entenderla debidamente”; y clara y comprensible para el enfermo o los familiares que deben prestar el consentimiento en su representación. Una condición más: suficiente, con el fin de que el paciente pueda “contar

con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención que el facultativo o los servicios médicos le proponen”.

Con esos mimbres bien trenzados por parte del médico, el paciente podrá dar su consentimiento debidamente informado. Y así lo dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que en su capítulo IV regula el consentimiento informado.

¿Y qué es el consentimiento informado? El artículo 3 de la citada ley lo define como



“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud”. Y el Tribunal Supremo, en diversas sentencias (12 de enero y 11 de mayo de 2001, entre otras), ha catalogado el consentimiento informado como un derecho humano fundamental.

De ahí que una información defectuosa que el médico proporcione al paciente pueda dar lugar a un consentimiento viciado, o sea, nulo jurídicamente, al no conocer el paciente las consecuencias de la intervención, los riesgos y las contraindicaciones.

¿Y cómo se resarce la infracción de la normativa sobre el consentimiento informado? He aquí algunos supuestos:

1. Infracción del consentimiento informado y actuación médica correcta sin lesión física alguna para el paciente.

Al haber infracción de la *lex artis*, debería haber lugar a una infracción por daño moral, por cuanto se ha vulnerado el derecho a la autonomía del paciente, a la libertad personal y del derecho “a la autodisposición del propio cuerpo”. Pero no hay resolución alguna que indemnice en este caso si no existe lesión.

2. Actuación médica correcta e infracción del consentimiento informado

al omitir los riesgos y contraindicaciones de la intervención. El artículo 4.1 de la Ley 41/2002 exige que el médico, con carácter previo al consentimiento, informe al paciente de los riesgos y contraindicaciones de la intervención. En este caso, la falta de información supone un daño corporal. Debe valorarse para calcular la indemnización la posibilidad, o no, de que el paciente, de conocer tales riesgos o contraindicaciones, se hubiera sometido a la intervención médica.

3. Actuación médica correcta e infracción del consentimiento informado al omitir las secuelas de la intervención.

El mismo artículo 4.1 citado exige que en la información previa al consentimiento se incluyan las consecuencias de la intervención médica. Al omitir tal información se causa un daño: la secuela sobre la que no se le informó. Queda afectado, pues, el derecho a la salud, que es el que debe ser indemnizado, valorando las probabilidades de que el paciente hubiera o no aceptado la intervención de conocer previamente al consentimiento la existencia de tal secuela.

4. Actuación médica correcta e infracción del consentimiento informado al omitir la existencia de alternativas médicas acreditadas.

La información previa al consentimiento debe abarcar las alternativas terapéuticas a la ofrecida por el médico si existen, entendiéndose que tal información está comprendida dentro del “derecho a la autonomía de la voluntad” del paciente. Si se omite tal información, el daño deriva de que se le causen al paciente unas secuelas que se podría haber evitado si no se le hubiera sometido a la intervención y seguido el tratamiento alternativo posible y previsto médicamente.

5. Actuación médica correcta y concurrencia de un riesgo imprevisible.

Si el daño causado deriva de fuerza mayor o de un riesgo no previsible, no existe vulneración alguna del consentimiento informado.

6. Actuación médica incorrecta e infracción del consentimiento informado.

Concurren aquí dos tipos de responsabilidad: la derivada de una mala praxis médica, que puede ser penal, y la derivada de la falta del consentimiento informado. La indemnización debe abarcar la suma aritmética de las dos responsabilidades. ■

Consecuencias de la falta de consentimiento informado

- La ausencia u omisión de un consentimiento previo y suficientemente informado acerca de los riesgos inherentes a la intervención genera responsabilidad del facultativo.
- La falta de consentimiento informado, por sí solo, no genera responsabilidades penales.
- La existencia de consentimiento informado no libera al facultativo de incurrir en un delito de homicidio o lesiones por imprudencia profesional, si en su actuación se aprecia la vulneración patente, clara y manifiesta de la *lex artis ad hoc*.
- La ausencia de consentimiento determina la asunción de los riesgos por el facultativo y, consecuentemente, su responsabilidad por los daños en que pudieran materializarse.
- Existe una línea jurisprudencial minoritaria que valora la insuficiencia de la información acerca de los posibles riesgos de una intervención médica como un daño moral grave en sí mismo, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención.

Requisitos para que un consentimiento desinformado dé lugar a indemnizaciones

- Que el paciente haya sufrido un daño personal cierto y probado. Sin él, la eventual omisión del consentimiento para una intervención médica no pasa de ser una infracción sin consecuencias en la esfera de la responsabilidad civil, contractual o extracontractual.
- Que el daño sufrido sea consecuencia de la intervención médica practicada y materialización de un riesgo típico o inherente a ella, y del que el paciente debió ser informado previamente como premisa para la obtención de su libre consentimiento.
- Que del riesgo, materializado en daño, no hubiera sido el paciente informado previamente al consentimiento de la intervención. Si se trata de un riesgo asociado a la intervención, la omisión de su advertencia es, a este respecto, suficiente.
- Que el daño constituya una incidencia de la intervención no atribuible a la negligente actuación del facultativo ni al deficiente funcionamiento del servicio.

2. De cómo los directores médicos pueden incurrir en responsabilidad penal

Adoptar acuerdos y ejecutarlos son las dos conductas activas que pueden tener relevancia penal dentro del consejo de administración de una sociedad anónima. Y si la entidad mercantil desarrolla su actividad en el sector sanitario privado, la responsabilidad penal caería, en su caso, sobre su representante legal o director médico. Lo dice Miguel Bajo Fernández, catedrático de Derecho Penal de la Universidad Autónoma de Madrid.

Y es que en el caso de sociedades de asistencia médica algunos supuestos de delito (homicidio, lesiones, estafa, medio ambiente, publicidad engañosa, revelación de secretos, etcétera) “pueden revestir importancia mayúscula” para ese tipo de conductas. Bajo Fernández enumera algunos caos: en la decisión por parte del órgano del uso de los medios escasos hospitalarios frente a pacientes de distinto pronóstico, el respeto a la libertad de voluntad del paciente en el tratamiento médico, en la eutanasia, o en la cirugía estética no reparadora, o frente a menores, o testigos de Jehová, o el huelguista de hambre, la decisión sobre destrucción de historiales, o su entrega al juez o a uno de los herederos.

Y afirma: “No oponerse al acuerdo adoptado o a su ejecución es el comportamiento omisivo que, pudiendo revestir relevancia penal, presenta una problemática general. La cuestión de cuándo la omisión equivale a la acción muestra en la actividad de los administradores médicos una problemática más acusada que en otros supuestos de participación criminal”. Son causas de exclusión de la responsabilidad por omisión el desconocimiento del acuerdo adoptado o, si lo conocieren, la oposición expresa o la actuación en evitación del daño.

El artículo 133 de la Ley de Sociedades Anónimas señala que la responsabilidad no se modifica por el hecho de que la junta general haya “adoptado, autorizado o ratificado” el acuerdo, lo que es evidente e innecesario si el daño se produce a los accionistas o acreedores, pero no es tan evidente si el daño sólo se produce a la misma sociedad. Y el artículo 134 dispone que la aprobación de las cuentas no impedirá la acción de responsabilidad.



La responsabilidad civil de la citada ley está pendiente, pues, de los siguientes requisitos: causación de un daño (perjuicio patrimonial), incumplimiento de deberes y la existencia de dolo o negligencia.

Contradice esta interpretación culpabilista de la responsabilidad –sigue comentando el catedrático Miguel Bajo– dos categorías: la responsabilidad solidaria y la existencia de personas jurídicas como administradores. La determinación de la responsabilidad como solidaria implica, según los mercantilistas, una cierta objetivización de la responsabilidad o presunción de culpa confirmada por la inversión de la carga de la prueba. La responsabilidad solidaria se justifica porque las decisiones del órgano son colegiadas, y vinculan incluso a los que votaron en contra.

La responsabilidad penal debería someterse al principio de *ultima ratio* o principio de mínima intervención. Por lo que, si la acción

de responsabilidad de los administradores en el ámbito civil es suficiente, debería de excluirse la intervención penal. No lo hace así el legislador penal, dando como resultado que la responsabilidad se solape o duplique. Pero los principales problemas de imputación se derivan de la omisión en la decisión colegial.

El comportamiento omisivo presupone que no se ha tenido participación en la acción de adoptar el acuerdo o en su ejecución, en cuyo caso la relevancia penal vendría dada por la acción positiva. Si no se ha cometido la acción o ésta no es relevante, cobra preeminencia la posterior omisión siempre que infrinja el omitente el deber de garantía y su omisión tenga causalidad hipotética del resultado. Sólo si concurre ese deber especial de garantía y se produce la causalidad hipotética, es posible equiparar la responsabilidad penal del omitente con la del autor de la conducta positiva. ■

3. De cómo la Administración es responsable en los casos de indemnizaciones por daños futuros



José Guerrero Zaplana, magistrado de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, repasa diversas sentencias del Tribunal Supremo en las que se analiza la responsabilidad patrimonial de la Administración en los casos de indemnizaciones por daños futuros.

Principios generales de a reparación de responsabilidad patrimonial. La doctrina jurisprudencial ha proclamado el principio de plena indemnidad o reparación integral de los daños y perjuicios causados en varias sentencias de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, y ha proclamado reiterada doctrina jurisprudencial en la que la determinación del *quantum* indemnizatorio está reservada a los tribunales de instancia. En materia de indem-

nización de daños morales, esta Sala ha declarado, hasta conformar doctrina legal, que “la fijación de la cuantía de la indemnización por los perjuicios morales sufridos, dado su componente subjetivo, queda reservada al prudente arbitrio del tribunal de instancia, sin que sea revisable en casación, siempre que éste haya observado los criterios jurisprudenciales de reparabilidad económica del daño moral y de razonabilidad en su compensación”.

No se pueden indemnizar los daños eventuales o futuros ni los hipotéticos. La misma Sala, referente a la valoración de daños futuros, ha dicho que en ningún caso puede cubrir daños eventuales y futuros. En sentencia del 8-5-2008 rechaza la indemnización de daños por considerarse que son hipotéticos. El recurrente entendía que los daños y perjuicios eran derivados “del mal funcionamiento de los servicios públicos”. El Tribunal no apreció responsabilidad patrimonial de la Administración.

La indemnización de daños futuros sólo puede realizarse una vez que éstos se hayan producido. La misma Sala, en la vista del recurso 535/1999, sentenció el 2-10-2003 que la indemnización de daños futuros sólo puede realizarse una vez que éstos se hayan producido. Y la Sala 1ª del Supremo, en sentencia del 23-11-2007, resolvió que la renuncia al ejercicio de acciones no es efectiva si aparecen los daños con posterioridad.

Empleo del criterio de la pérdida de oportunidades para justificar la mala praxis médica. La Sala 3ª, sección 6ª del Supremo, en sentencia 20-3-2007, analizó un supuesto de error de diagnóstico de un paciente que estaba sufriendo un infarto de miocardio que no fue detectado y que, por tanto, no fue diagnosticado en forma; se remitió a las sentencias de 16-3-2005 y 7-3-2007, que razonan que a la Administración sólo le es exigible la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño.

Hubo un error de diagnóstico al no valorarse adecuadamente que el paciente sufría un

infarto, error que se produjo por una evidente mala praxis médica, al no tener en cuenta padecimientos de aquél, que hubieran debido ser necesariamente considerados por su gravedad, en función de los síntomas con los que aquél acude a la consulta médica.

Aplicación de la teoría de los cursos causales no verificables. Una vez más, la misma Sala, en sentencia correspondiente al recurso 217/2005, argumenta: “Esta Sala, en reiteradas sentencias, ha dicho que el concepto de daño evaluable a efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración incluye el daño moral. Sin embargo, por tal no podemos entender una mera situación de malestar o incertidumbre, salvo cuando la misma ha tenido una repercusión psicofísica grave. Tampoco puede considerarse como daño moral el derivado del nacimiento inesperado de un hijo. Sin embargo, sí podría existir un daño moral, si concurren los requisitos necesarios, en el caso de que se hubiese lesionado el poder de la persona de autodeterminarse, lo que a su vez podría constituir una lesión de la dignidad de la misma. Esta dignidad es un valor jurídicamente protegido constitucionalmente”. ■

4. De cómo un seguro es una buena defensa contra las agresiones

Igual que las demandas, las agresiones a los profesionales sanitarios crecen de forma exponencial, lo que genera, asimismo, un alto grado de preocupación. Ante esta situación, Benito Montero Priego, fiscal de la Audiencia Provincial de Pontevedra, recomienda dos cosas: denunciar y contratar un buen seguro.

Las agresiones, tanto al personal médico como al de enfermería, pueden ser: físicas, verbales, coacciones, amenazas, injurias o calumnias. Las agresiones físicas y las amenazas son las conductas más lesivas para el personal médico, por atacar bienes jurídicos tan importantes como la vida, la integridad física, la salud física o psíquica o la libertad, razona el fiscal Montero.

Las agresiones físicas pueden ser constitutivas del delito del artículo 147 del Código Penal, y son aquellas en las que la lesión requie-

re asistencia facultativa y tratamiento médico o quirúrgico; o de falta, que no son constitutivas de delito, si bien el que cometa cuatro faltas en un año será castigado con la pena del delito. Las penas están determinadas en los artículos 149 y 150. Y, por último, la muerte violenta, tipificada en el artículo 138 como homicidio y en el 139 como asesinato. Las amenazas están tipificadas en los artículos 169 a 171 y la pena, si constituyen delito, es de uno a cinco años de prisión.

Estas agresiones serán castigadas además como delito de atentado cuando el sujeto pasivo sea autoridad, agente de la autoridad o



funcionario público. ¿Son los profesionales sanitarios funcionarios públicos? Mucho se ha discutido si el personal sanitario del sistema público tiene la condición de funcionario a efectos penales. Tanto la doctrina como la jurisprudencia aún no es unánime al respecto. Incluso la última sentencia del Tribunal Supremo del 4 de diciembre de 2007, que considera que las agresiones al personal médico constituyen delito de atentado, tiene un voto particular en contra. El Ministerio Fiscal, sobre todo a partir de 2006, tiene una postura clara a favor de considerar al personal sanita-



Las agresiones a profesionales sanitarios están creciendo de forma exponencial.

rio que ejerce una función pública como funcionario público a efectos penales.

En el año 2006, José María Mena, fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña dictó una instrucción dirigida a todos los fiscales catalanes, ordenando que “endurezcan la protección penal de maestros y médicos, tipificando las agresiones como atentado cuando fueran agredidos en el desempeño de la función pública o como consecuencia directa de ella”. Pocos días después, el fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Galicia dicta la instrucción interna nº 1 de 2006, que incide en los mismos argumentos y cita, entre otras sentencias, la de la Audiencia Provincial de las Islas Baleares, de 12 de enero de 2006, que considera atentado la agresión realizada a un funcionario médico de la Seguridad Social por negarse motivadamente a expedir en favor del agresor determinadas recetas para adquisición de medicamentos. Termina diciendo que “como consecuencia de los argumentos expuestos anteriormente y de la jurisprudencia

citada, los señores y señoras fiscales de Galicia acusarán también por atentados las agresiones al personal sanitario que se encuentre desempeñando su función pública”. Baleares, Asturias, Valencia, Extremadura y Canarias continuaron expresándose en el mismo sentido.

Aún no es unánime esta postura en todos los tribunales, pero los que son reacios a considerar que los médicos y demás personal sanitario de la sanidad pública no tienen la condición de funcionarios a efectos penales, tendrán que ir cambiando su postura después de la importantísima sentencia del TS 1030/2007 de 4 de diciembre de 2007, que declara haber lugar al recurso de casación por infracción de ley interpuesto por el Ministerio Fiscal contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Gerona, que no condenaba por atentado la agresión de un paciente contra un odontólogo del Centro de Asistencia Primaria de Can Gibert del Pla. El Supremo condena, tanto por el delito de lesiones como por un delito de atentado, la agresión de que fue víctima este médico.

Esta sentencia tiene un voto particular disconforme con la mayoría, que señala: “La razón de mi discrepancia no radica en la condición de funcionario público del médico, sino en la aplicación del tipo penal del atentado”. Habrá que esperar nuevas sentencias, fundamentalmente del Tribunal Supremo, para que se consolide la doctrina de que las agresiones al personal sanitario público son constitutivas de un delito de atentado, sin perjuicio de la aplicación del tipo delictivo que corresponda por la agresión.

La Administración pública y los colegios médicos llevan tiempo estudiando medidas preventivas o disuasorias de las agresiones, dando más seguridad al personal médico que ejerce la función pública. Ni como medida preventiva ni disuasoria, pero sí de autoprotección con motivo de una agresión, existe hoy en el mercado, para el personal sanitario, un seguro que garantiza indemnizaciones motivadas por los daños corporales y materiales que sufra la víctima, así como la defensa jurídica del mismo ante los tribunales.

Es evidente que un buen seguro ayudará a paliar situaciones de insolvencia del agresor, haciendo más llevadero el pequeño o gran problema a que se enfrenta el profesional que ejerce la importante profesión de la Medicina, pues no se puede descartar que la agresión tenga un resultado de muerte, invalidez o, lo más frecuente, una incapacidad temporal. ■

Porque lo importante
es su seguridad

*En A.M.A. lo sabemos y
por eso hemos añadido
nuevas ventajas
para que dentro de su
hogar tenga la seguridad
que usted merece.*

nuevas ventajas

- Protección Jurídica
- Daños estéticos al continente en cualquier garantía
- Bonificaciones
- Asistencia 24 horas
- Presupuestos personalizados
- Averías de **electrodomésticos**



40 años asegurando a los profesionales sanitarios



Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios.

• Teléfono Central Madrid: **91 343 47 00**

• A través de internet: **www.amaseguros.com**

• En las delegaciones AMA de cada provincia

ESCÁPESE... con

Con la colaboración de
pullmantur



Certamen de Artículos 2009

Escriba su historia más interesante, a partir de su propia experiencia, y *Medical Economics*, en colaboración con Pullmantur, le enviará de vacaciones.

GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

PLUS

Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

❖ ¿Quién puede participar?

Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

❖ ¿Qué hay que enviar?

Artículos originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.

Medical Economics®

❖ ¿Sobre qué se puede escribir?

Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.

❖ ¿Cómo participar?

Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*.

Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.

❖ ¿Dónde enviar su artículo?

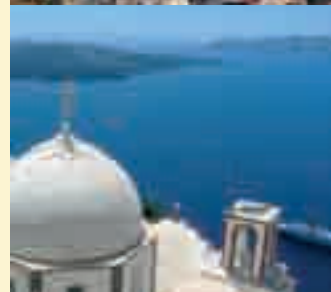
Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección:

medeconomics@drugfarma.com*

❖ Plazo de presentación de originales

El plazo de participación expira el **31 de octubre de 2009**.

**Consulte las bases del certamen en www.medeco.es*



Cultura

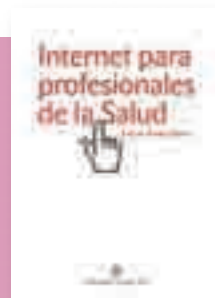
LIBROS

Las nuevas tecnologías y la Salud

La obra *Internet para los profesionales de la Salud*, supone un exhaustivo repaso de las nuevas herramientas que proporciona la red a los profesionales de la Medicina, publicado por la Fundación Uriach 1838.

En el campo de la medicina el uso de las nuevas tecnologías puede significar una revolución total y en todos los terrenos: nuevas formas de aprender y actualizar los conocimientos, nuevas formas de comunicarse con los pacientes, etcétera.

La guía, escrita por José Luis Fresquet, plantea el enorme potencial de las tecnologías de la información y la comunicación en el mundo de la salud a través de un recorrido por las herramientas más conocidas y cotidianas como el correo electrónico o los buscadores, a las más innovadoras como las RSS o las web 2.0.



Título: "Internet para los profesionales de la Salud"
Autor: José Luis Fresquet
Edita: Fundación Uriach.
183 páginas

EXPOSICIONES

El universo de Perrault

El Museo de Colecciones ICO acoge una exposición sobre la figura de Dominique Perrault, autor de la emblemática Biblioteca Nacional de Francia. La muestra incluye 25 proyectos, construidos, en curso —o que nunca pasaron del estadio de proyecto— documentados con maquetas, fotos, croquis originales, bocetos o películas de Richard Copans, de los que emerge el universo arquitectónico de Perrault, uno de los arquitectos más importantes del panorama actual. Se puede visitar hasta el 17 de mayo en el Museo de Colecciones ICO (C/ Zorrilla, 3. Madrid).



La historia de la copla

Partituras, carteles, libros, vinilos, guiones cinematográficos y un documento audiovisual componen "La Copla en la Biblioteca Nacional", una muestra que recorre la historia del género y reivindica su papel como patrimonio cultural español. No faltan fotos y discos de los grandes del género, dentro y fuera de nuestras fronteras, como Concha Piquer, Estrellita Castro, Imperio Argentina o Miguel de Molina. La muestra se puede visitar hasta el 12 de abril en la Sala Hipóstila de la Biblioteca Nacional (Paseo de Recoletos, 20-22. Madrid).



CINE

Kate Winslet protagoniza 'El lector'

Dirigida por el británico Stephan Aldry y protagonizada magistralmente por Kate Winslet, Ralph Fiennes y el talentoso David Cross, *The Reader* (*El lector*) narra una cautivadora historia de un amor imposible. También es un drama que intenta describir la vida en la Alemania de postguerra donde el terrible pasado de la dictadura nazi aún sigue pesando en la vida cotidiana. Pero la cinta no es película sobre el Holocausto, sino una sincera reflexión sobre la culpa y la complicidad, el horror y la compasión y el drama de los jóvenes que deben enfrentarse a los crímenes que cometieron sus padres.



Internet

La cultura digital iguala a los adolescentes de España e Iberoamérica

Sección patrocinada por



La brecha digital entre adolescentes de España e Iberoamérica no existe, esa podría ser la conclusión de dos estudios realizados bajo los auspicios de la Fundación Telefónica entre niños y jóvenes de 10 a 18 años de Brasil, Chile, México, Perú, Venezuela, Argentina y España.

Es más, los adolescentes iberoamericanos que dicen acceder “habitualmente” a Internet sobrepasan el 90 por



El uso del móvil está muy desarrollado entre los jóvenes españoles.

mientras en el caso de los alumnos españoles de edades entre los 11 y 16 años se acercan al 80 por ciento los que se consideran “preparados para

manejar ordenadores y utilizar Internet”, con un dominio “básico”.

El uso del móvil, sin embargo, está más desarrollado entre los jóvenes españoles, aunque sus homólogos de Iberoamérica —el 83 por ciento declara tener celular propio— reconocen que “van con el móvil a todas partes” y les sirve para navegar, comunicarse y desarrollar su ocio y sus relaciones sociales.

En las conclusiones del estudio “Generaciones Interactivas en Iberoamérica” se afirma que los jóvenes del otro lado del Atlántico consideran Internet uno de sus medios de entretenimiento favorito aunque no dispongan de acceso a la red en el hogar, que pone de manifiesto las carencias de implantación en los hogares iberoamericanos.

En cuanto a España, el estudio que han promovido Fundación Telefónica y la Universidad Oberta de Catalunya se centra en la relación de Internet con las aulas, concluyéndose que gestores, profesores y alumnos de la mayoría de los centros en la etapa escolar están “altamente familiarizados” con las TIC, las utilizan con frecuencia en sus actividades cotidianas y están, todos ellos, por encima del desarrollo digital medio de la población española. ■

La pasión Ferrari

Conoce y conduce el nuevo ingenio Ferrari F60 que verás este año en la F1.

Podrás ponerte en la piel de automovilistas experimentados y vivir la velocidad de estos bólidos.

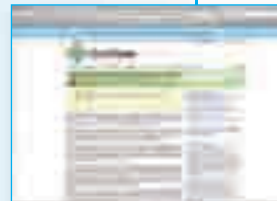
<http://f60.ferrariworld.com>



Cantante entre rejas ¿Causa civil, o política?

Muchos escritores etíopes, están convencidos que el encarcelamiento del cantante Teddy Afro, viene motivado por sus críticas al Gobierno de su país.

<http://es.globalvoicesonline.org/2008/05/06/bloggers-etioopes-defienden-a-estrella-de-pop-acusada>



CIBERCONSEJOS

Una webcam que despliega la imagen en tres dimensiones

La Minoru 3D Webcam tiene dos cámaras separadas a una distancia similar a los ojos humanos. Viene dotada con cinco pares de lentes con una coloración especial que permite crear la imagen tridimensional. También puede tomar fotos, grabar vídeos en 3D para YouTube y usarse como cámara normal de dos dimensiones. Está en el mercado alrededor de 90 dólares.

El Prado visto con lupa

Las obras de arte del museo del Prado de Madrid están disponibles en alta resolución, por primera vez en el mundo, entre ellas *Las Meninas*, de Velázquez; *El Jardín de las delicias*, de El Bosco; *El 3 de mayo*, de Francisco, de Goya; *Las tres gracias*, de Rubens; o *El caballero de la mano en el pecho*, de El Greco. Para visualizar estas obras hay que buscar el museo del Prado en Google Earth y pinchar en “Obras Maestras”.

Golf



Qatar Masters

Álvaro Quirós: "Ahora viene lo más difícil"

Su tercera victoria en Europa sitúa al gaditano entre los 30 mejores jugadores del mundo.

En tres años en el Circuito Europeo, Álvaro Quirós ya suma tres victorias. La primera en Sudáfrica en 2007, la segunda en Portugal a finales de 2008 y la tercera, la última, la más importante, en Qatar. Una victoria impresionante que le sitúa entre los 30 mejores jugadores del mundo.

PREGUNTA: ¿Se puede considerar este triunfo como el más importante de su vida?

RESPUESTA: No habría ganado en Qatar si no hubiera conseguido la victoria en Sudáfrica, ni tampoco si no lo hubiera hecho bien en Portugal. Creo que todo forma parte de un camino que sigo recorriendo. Ahora viene lo más difícil. Hay que ir paso a paso y no perder la cabeza.

P. ¿Qué fue lo primero que le dijo Pepín Rivero, su entrenador, tras ganar en Qatar?

R. Que vaya *drive* que había dado en el hoyo 15, que no tenía vergüenza. Nos reímos mucho. La verdad es que fue un golpe muy malo, quizá el peor que di en toda la jornada, pero luego me recuperé y conseguí la victoria, que también se la dedico, como no, a Pepín. Él tiene mucha parte de culpa.

P. ¿Va a ser más difícil llegar o mantenerse?

R. Está claro que haber llegado hasta aquí es algo realmente espectacular, sobre todo teniendo en cuenta lo mal que lo he pasado. Creí que perdía un tren muy importante y no sabía si iba a tener la oportunidad de volverlo a coger, aunque la realidad es que yo estaba esperando un momento así. Estoy jugando a un nivel alto y los resultados tenían que llegar.

P. ¿Le impresiona poder jugar un Grande?

R. Imagínate jugar un Masters o un British, el Open de Estados Unidos, la PGA. Son torneos que siempre he visto por la tele, de los que he hablado con mis amigos y que siempre he soñado jugar. Hay que tener los pies en el suelo, pero ahora llega una oportunidad muy importante que quiero aprovechar.

P. ¿Le presiona verse vigésimo octavo del mundo y cuarto de Europa en la Race To Dubai?

R. Me da un poco de vértigo, pero ahora hay que aprovechar las oportunidades, tener los pies en el suelo y fijarse otras metas.

R. Todavía queda algo más año y medio para que se dispute la próxima edición de la Ryder Cup. Se habla ahora mucho de la capitania, de si Montgomerie u Olazábal. ¿Le haría ilusión estar dentro del equipo, jugar la Ryder?

R. La Ryder Cup está todavía muy lejos. Tengo muchas cosas en la cabeza como para pensar ahora en la Ryder Cup. Por supuesto que me haría ilusión, pero antes tengo otras cosas a las que dedicar mi tiempo. ■



Álvaro Quirós logró en Qatar su victoria más importante.



FICHA TÉCNICA EFFERALGAN 1 g. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: EFFERALGAN 1 g. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Cada comprimido efervescente contiene: Paracetamol (D.C.I.), 1 g. Para excipientes, ver sección 6.1. FORMA FARMACÉUTICA: Comprimidos efervescentes blancos y ranurados. DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas. Tratamiento sintomático del dolor de intensidad moderada, como dolor músculo-esquelético, artrosis, artritis reumatoide, cefalea, dolor dental o dismenorrea. Estados febriles. Posología y forma de administración: VIA ORAL. Adultos y niños mayores de 15 años: dosis de 1 gramo 3-4 veces al día. Las tomas deben espaciarse al menos 4 horas. No se excederá de 4 gramos cada 24 horas. Insuficiencia renal grave: Cuando se administra paracetamol en casos de insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min), se recomienda que el intervalo entre 2 tomas sea como mínimo de 8 horas. Insuficiencia hepática (véase epígrafe 4.3 Contraindicaciones). Está contraindicado. Uso en ancianos: En pacientes geriátricos se ha observado un aumento de la semivida de eliminación del paracetamol por lo que se recomienda reducir la dosis del adulto en un 25%. En alcohólicos crónicos no se debe administrar más de 2 g/día de paracetamol. Disolver totalmente el comprimido en un vaso de agua. Antes de ingerir el medicamento es necesario que cese la efervescencia. Contraindicaciones: Niños menores de 15 años. Hipersensibilidad al paracetamol o a cualquiera de los componentes de la especialidad. Pacientes con enfermedades hepáticas (con insuficiencia hepática o sin ella) o hepatitis viral. Advertencias y precauciones especiales de empleo: • Se debe administrar el paracetamol con precaución, evitando tratamientos prolongados en pacientes con anemia, afecciones cardíacas o pulmonares o con disfunción renal (en este último caso, el uso ocasional es aceptable, pero la administración prolongada de dosis elevadas puede aumentar el riesgo de aparición de efectos renales adversos). • En caso de insuficiencia renal grave, (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min.); el intervalo entre 2 tomas será como mínimo de 8 horas. • En caso de régimen sin sodio o hiposódico, hay que saber que cada comprimido de Efferalgan 1 g contiene aproximadamente 567 mg (24,66mEq) de sodio y tenerlo en cuenta en la ración diaria. • La utilización del paracetamol en pacientes que consumen habitualmente alcohol (tres o más bebidas alcohólicas al día) puede provocar daño hepático. • En alcohólicos crónicos no se debe administrar más de 2 g/día de paracetamol. • Se recomienda precaución en pacientes asmáticos sensibles al ácido acetilsalicílico, debido a que se han descrito ligeras reacciones broncoespásticas con paracetamol (reacción cruzada) en estos pacientes, aunque solo se manifestaron en menos del 5% de los ensayados. • Si el dolor se mantiene durante más de 10 días o la fiebre durante más de 3 días, o empeoran o aparecen otros síntomas, se debe reevaluar la situación clínica • Este medicamento contiene 252,20 mg de sorbitol como excipiente por comprimido efervescente. Puede causar molestias de estómago y diarrea. No debe utilizarse en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: El paracetamol se metaboliza a nivel hepático, dando lugar a metabolitos hepatotóxicos por lo que puede interactuar con fármacos que utilicen sus mismas vías de metabolización. Dichos fármacos son: -Anticoagulantes orales (acenocumarol, warfarina): La administración crónica de dosis de paracetamol superiores a 2g/día con este tipo de productos, puede provocar un incremento del efecto anticoagulante, posiblemente debido a una disminución de la síntesis hepática de los factores que favorecen la coagulación. Dada su aparente escasa relevancia clínica, se considera la alternativa terapéutica a salicilatos, cuando existe terapia con anticoagulantes. -Alcohol etílico: Potenciación de la toxicidad del paracetamol, por posible inducción de la producción hepática de productos hepatotóxicos derivados del paracetamol. -Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital, metilfenobarbital, primidona): Disminución de la biodisponibilidad del paracetamol así como potenciación de la hepatotoxicidad en sobredosis, debido a la inducción del metabolismo hepático. -Cloranfenicol: Potenciación de la toxicidad del cloranfenicol, por posible inhibición de su metabolismo hepático. -Estrógenos: Disminución de los niveles plasmáticos de paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo. -Diuréticos del asa: Los efectos de los diuréticos pueden verse reducidos, ya que el paracetamol puede disminuir la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la renina plasmática. -Isoniazida: Disminución del aclaramiento de paracetamol, con posible potenciación de su acción y /o toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático. -Lamotrigina: Disminución del área bajo la curva (20%) y de la vida media (15%) de lamotrigina, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo hepático. -Probenecid: Puede incrementar ligeramente la eficacia terapéutica del paracetamol. -Propranolol: El propranolol inhibe el sistema enzimático responsable de la glucuronidación y oxidación del paracetamol. Por lo tanto, puede potenciar la acción del paracetamol. -Rifampicina: Aumento del aclaramiento de paracetamol por posible inducción de su metabolismo hepático. -Anticolinérgicos (glicopirronio, propantelina): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por la disminución de velocidad en el vaciado gástrico. -Resinas de intercambio iónico (colestiramina): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por fijación del paracetamol en el intestino. -Zidovudina: Puede provocar la disminución de los efectos farmacológicos de la zidovudina por un aumento del aclaramiento de dicha sustancia. Interacciones con pruebas de diagnóstico. El paracetamol puede alterar los valores de las siguientes determinaciones analíticas: • Sangre: aumento biológico de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, amoniaco, bilirrubina, creatinina, lactato deshidrogenasa (LDH) y urea; aumento (interferencia analítica) de glucosa, teofilina y ácido úrico. Aumento del tiempo de protrombina (en pacientes con dosis de mantenimiento de warfarina, aunque sin significación clínica). Reducción (interferencia analítica) de glucosa cuando se utiliza el método de oxidasa-peroxidasa. • Orina: pueden aparecer valores falsamente aumentados de metadrenalina y ácido úrico. • Pruebas de función pancreática mediante la bentiromida: el paracetamol, como la bentiromida, se metaboliza también en forma de arilamina, por lo que aumenta la cantidad aparente de ácido paraaminobenzoico (PABA) recuperada; se recomienda interrumpir el tratamiento con paracetamol al menos tres días antes de la administración de bentiromida. • Determinaciones del ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA) en orina: en las pruebas cualitativas diagnósticas de detección que utilizan nitrosouanil como reactivo, el paracetamol puede producir resultados falsamente positivos. Las pruebas cuantitativas no resultan alteradas. Embarazo y lactancia. Embarazo: No se han descrito problemas en humanos. Aunque no se han realizado estudios controlados, se ha demostrado que el paracetamol atraviesa la placenta, por lo que se recomienda no administrar salvo caso de necesidad (categoría B de la FDA). Lactancia: No se han descrito problemas en humanos. Aunque en la leche materna se han medido concentraciones máximas de 10 a 15 µg/ml (de 66,2 a 99,3 µmoles/l) al cabo de 1 o 2 horas de la ingestión, por parte de la madre, de una dosis única de 650 mg, en la orina de los lactantes no se ha detectado paracetamol ni sus metabolitos. La vida media en la leche materna es de 1,35 a 3,5 horas. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria: No se ha descrito ningún efecto en este sentido. Reacciones adversas: Las reacciones adversas de paracetamol son, por lo general, raras o muy raras. Frecuencia estimada: Muy frecuentes (>1/10); frecuentes (>1/100, <1/10); infrecuentes (>1/1.000, <1/100); raras (>1/10.000, <1/1.000); muy raras (>1/10.000). Generales: Raras: Malestar. Muy raras: Reacciones de hipersensibilidad que oscilan, entre una simple erupción cutánea o una urticaria y shock anafiláctico. Tracto gastrointestinal: Raras: Niveles aumentados de transaminasas hepáticas. Muy raras: Hepatotoxicidad (ictericia). Metabólicas: Muy raras: Hipoglucemia. Hematológicas: Muy raras: Trombocitopenia, agranulocitosis, leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica. Sistema cardiovascular: Raras: Hipotensión. Sistema renal: Muy raras: Piuria estéril (orina turbia), efectos renales adversos (véase epígrafe 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Sobredosisificación: La sintomatología por sobredosis incluye, mareos, vómitos, pérdida de apetito, ictericia, dolor abdominal e insuficiencia renal y hepática. Si se ha ingerido una sobredosis debe tratarse rápidamente al paciente en un centro médico aunque no haya síntomas o signos significativos ya que, aunque éstos pueden causar la muerte, a menudo no se manifiestan inmediatamente después de la ingestión, sino a partir del tercer día. Puede producirse la muerte por necrosis hepática. Así mismo, puede aparecer fallo renal agudo. La sobredosis de paracetamol se evalúa en cuatro fases, que comienzan en el momento de la ingestión de la sobredosis: • FASE I (12-24 horas): náuseas, vómitos, diaforesis y anorexia. • FASE II (24-48 horas): mejoría clínica; comienzan a elevarse los niveles de AST, ALT, bilirrubina y protrombina. • FASE III (72-96 horas): pico de hepatotoxicidad; puede aparecer valores de 20.000 para la AST. • FASE IV (7-8 días): recuperación. Puede aparecer hepatotoxicidad. La mínima dosis tóxica, en una sola toma, es de más de 6 g en adultos y más de 100 mg/kg de peso en niños. Dosis superiores a 20-25 g son potencialmente mortales. Los síntomas de la hepatotoxicidad incluyen náuseas, vómitos, anorexia, malestar, diaforesis, dolor abdominal y diarrea. Si la dosis ingerida fue superior a 150 mg/kg o no puede determinarse la cantidad ingerida, hay que obtener una muestra de paracetamol sérico a las 4 horas de la ingestión. En el caso de que se produzca hepatotoxicidad, realizar un estudio de la función hepática y repetir el estudio con intervalos de 24 horas. El fallo hepático puede desencadenar encefalopatía, coma y muerte. Niveles plasmáticos de paracetamol superiores a 300 µg/ml, encontrados a las 4 horas de la ingestión, se han asociado con el daño hepático producido en el 90% de los pacientes. Este comienza a producirse cuando los niveles plasmáticos de paracetamol a las 4 horas son inferiores a 120 µg/ml o menores de 30 µg/ml a las 12 horas de la ingestión. La ingestión crónica de dosis superiores a 4 g/día pueden dar lugar a hepatotoxicidad transitoria. Los riñones pueden sufrir necrosis tubular, y el miocardio puede resultar lesionado. Tratamiento: En todos los casos se procederá a aspiración y lavado gástrico, preferentemente en las 4 horas siguientes a la ingestión. Existe un antídoto específico para la toxicidad producida por paracetamol: N-acetilcisteína. Se recomiendan 300 mg/kg de N-acetilcisteína (equivalentes a 1,5 ml/kg de solución acuosa al 20%; pH: 6,5), administrados por vía IV. Durante un periodo de 20 horas y 15 minutos, según el siguiente esquema: I) Adultos. 1. Dosis de ataque: 150 mg/kg (equivalentes a 0,75 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH 6,5) lentamente por vía intravenosa o diluidos en 200 ml de dextrosa al 5%, durante 15 minutos. 2. Dosis de mantenimiento: a) Inicialmente se administrarán 50 mg/kg (equivalentes a 0,25 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 500 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 4 horas. b) Posteriormente, se administrarán 100 mg/kg (equivalentes a 0,50 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 1000 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 16 horas. II) Niños. El volumen de la disolución de dextrosa al 5% para la infusión debe ser ajustado en base a la edad y al peso del niño, para evitar congestión vascular pulmonar. La efectividad del antídoto es máxima si se administra antes de que transcurran 4 horas tras la intoxicación. La efectividad disminuye progresivamente a partir de la octava hora y es ineficaz a partir de las 15 horas de la intoxicación. La administración de la solución acuosa de N-acetilcisteína al 20% podrá ser interrumpida cuando los resultados del examen de sangre muestren niveles hemáticos de paracetamol inferiores a 200 µg/ml. Efectos adversos de la N-acetilcisteína por vía IV: Excepcionalmente, se han observado erupciones cutáneas y anafilaxia, generalmente en el intervalo entre 15 minutos y 1 hora desde el comienzo de la infusión. Por vía oral, es preciso administrar el antídoto de N-acetilcisteína antes de que transcurran 10 horas desde la sobredosisificación. La dosis de antídoto recomendada para los adultos es: - una dosis inicial de 140 mg/kg de peso corporal. - 17 dosis de 70 mg/kg de peso corporal, una cada 4 horas. Cada dosis debe diluirse al 5% con una bebida de cola, zumo de uva, de naranja o agua, antes de ser administrada, debido a su olor desagradable y a sus propiedades irritantes o esclerosantes. Si la dosis se vomita en el plazo de una hora después de la administración, debe repetirse. Si resulta necesario, el antídoto (diluido en agua) puede administrarse mediante la intubación duodenal. DATOS FARMACÉUTICOS. Relación de excipientes: Ácido cítrico anhidro, Bicarbonato sódico, Carbonato sódico anhidro, Sorbitol, Docusato sódico, Polividona, Sacarina sódica, Benzoato de sodio. Incompatibilidades: No aplicable. Periodo de validez: 2 años. Precauciones especiales de conservación: No conservar a temperatura superior a 25 °C. Conservar protegido de la humedad. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: BRISTOL-MYERS SQUIBB, S.A. c/ Almansa, 101. 28040 - MADRID. PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN: Sin receta médica. Financiado por la Seguridad Social con aportación normal. PRESENTACIONES Y PRECIOS: 8 COMPRIMIDOS: PVP: 1,40 €. PVP IVA: 1,45 €. 20 COMPRIMIDOS: PVP: 3,38 €. PVP IVA: 3,51 €. 40 COMPRIMIDOS: PVP: 5,57 €. PVP IVA: 5,79 €. Texto revisado: Julio 2002. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS. La Compañía dispone de una ficha técnica de Efferalgan 1g. Para más información dirigirse a BMS - Dpto. de Información Médica - Departamento Científico-, C/Almansa, 101 - 28040 Madrid.

EFFERALGAN® 1g

Paracetamol 1g • 40 comprimidos efervescentes

Más de
30 años
en tus manos



ESEF-K001 12/08

Financiado por
la Seguridad Social